INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Unidades Locais de Saúde (ULS) - Uma Análise na Ótica da Gestão

Joana Félix Barata Marques

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Doutor Álvaro Augusto da Rosa, Professor Associado c/ Agregação do ISCTE-IUL

Julho, 2024

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Unidades Locais de Saúde (ULS) - Uma Análise na Ótica da Gestão

Joana Félix Barata Marques

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Doutor Álvaro Augusto da Rosa, Professor associado c/ Agregação do ISCTE-IUL

Julho, 2024

Agradecimentos

A realização deste estudo não teria sido a mesma, sem o especial apoio de algumas pessoas, por isso gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

Em primeiro lugar, agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Álvaro Rosa, pela colaboração e confiança depositadas em mim e neste trabalho, bem como pela disponibilidade para reuniões, via Zoom, inclusive às horas de jantar, que permitiram sentir-me confiante e ambiciosa do trabalho que tinha a desenvolver.

Em segundo lugar, gostaria de demostrar o meu agradecimento à minha família, à minha Mãe, ao meu Pai e ao meu Irmão, pelo apoio incondicional, pelo abraço reconfortante e pelos serões na sala com palavras amorosas, de força e coragem. Gostaria, também, de inserir o meu namorado, Ricardo, nesta categoria, pelas constantes palavras de motivação e encorajamento, acreditando sempre no meu potencial. Sem eles, esta jornada não teria sido realizada com tanto carinho e força de vontade.

Um agradecimento muito especial à minha querida amiga, D. Georgina, pelo constante ombro amigo, pelos abraços calorosos e pelas palavras sábias sempre na ponta da língua. Um sincero obrigada pelo carinho.

Agradeço aos amigos do ISCTE, à Daniela, ao Rodrigo, à Mariana e ao Lourenço, por estes dois anos de amizade diária e partilha de gargalhadas em jantares mensais. Obrigada por terem feito desta experiência, a melhor que podia ter.

Aos amigos das Caldas, a Bruna, a Bia, a Carolina e o Nuno, pelos quais tenho um carinho muito grande, obrigada pelos momentos partilhados ao longo destes anos escolares e académicos, desde celebrações de finais de curso, às simples dormidas natalícias em casa da Bruna.

Por fim, agradecer aos meus amigos do ISEG, pois graças aos jantares de convívio, foi possível soltar um sorriso, aumentar a minha cultura gastronómica e ganhar forças para continuar a escrever este estudo.

Resumo

A saúde em Portugal tem enfrentado um período desafiador, caracterizado pela gestão ineficiente dos recursos e pela sobrecarga do serviço de urgência. Em resposta, o governo aprovou uma nova reforma, que incluiu o recurso a um modelo de integração vertical de cuidados de saúde, implementando trinta e uma novas Unidades Locais de Saúde. Estas unidades distinguem-se pela integração de hospitais e centros hospitalares com agrupamentos de centros de saúde, visando aprimorar a continuidade e a proximidade dos serviços de saúde. Assim, o estudo teve como objetivo avaliar o modelo a nível nacional, na perspetiva do paciente, a partir da revisão de literatura e de entrevistas semiestruturadas a profissionais, recorrendo ao modelo de Gioia. Complementarmente, foram analisados indicadores relativos à acessibilidade e ao desempenho do modelo no ano de 2023, nomeadamente a percentagem de inscritos em cuidados de saúde primários e em lista de espera, a percentagem de atendimentos em serviço de urgência, a atividade do SNS24 e o acesso a consultas médicas. Os resultados obtidos permitiram aferir que existem algumas vantagens presentes neste modelo contudo, ainda existem questões bastante importantes a melhorar, como os utentes sem médico de família associado, os diferentes sistemas informáticos, a transição abrupta, a longa espera para consulta, a falta de cultura de complementaridade e o atendimento de casos não urgentes/emergentes no serviço de urgência.

Palavras-chave: Acessibilidade, Desempenho, Integração de cuidados, Unidades Locais de Saúde

JEL: I11 - Analysis of Health Care Markets, I18 - Government Policy • Regulation • Public Health

Abstract

Health in Portugal has been facing a challenging period, characterized by inefficient management of resources and overloaded emergency rooms. In response, the government approved a new reform, which included the use of a vertical integration model for healthcare, implementing thirty-one new Local Health Units. These units are characterized by integration of hospitals and hospital centres with grouping of health centres, with the aim of improving the continuity and proximity of health services The aim of this study was evaluating the viability of the model at a national level, from the patient's perspective, based on a patient's perspective and on a literature review and semi-structured interviews with health professionals, using the Gioia model. In addition, indicators relating to accessibility and the model's performance in 2023 were analyzed, namely the percentage of people enrolled in primary health care, the list of those registered for surgery in and out of the maximum guaranteed response time, the attendances at emergency services, the activity of the SNS24 and access to medical consultations. The results have shown that there are some advantages. However, there are still some critical issues to improve, such as users without associated general practitioner, the different computer systems, the abrupt transition, the long wait for appointments, the lack of a culture of complementarity and the treatment of non-urgent/emergent cases in the emergency room.

Key-words: Accessibility, Integration of care, Local Health Units, Performance

JEL: I11 - Analysis of Health Care Markets, I18 - Government Policy • Regulation • Public Health

Índice Geral

Agradecimentos v
Resumo i
Abstract iii
Índice Geral v
Índice de Figuras vii
Índice de Gráficos ix
Índice de Tabelas xi
Glossário de Siglas xiii
Introdução 1
I. Revisão de Literatura 3
1.1. Integração de Cuidados de Saúde 3
II. Saúde em Portugal 8
2.1. Atual Funcionamento do Sistema de Saúde Português 10
2.2. Unidades Locais de Saúde 13
2.3. Exemplos Europeus Semelhantes 17
III. Metodologia 20
3.1. Investigação Qualitativa 20
3.1.1. Participantes 21
3.1.2. Guião das Entrevistas 21
3.1.3. Realização das Entrevistas 22
3.1.4. Método de análise dos dados 22
3.2. Investigação Quantitativa 23
IV. Apresentação dos Resultados 24
4.1. Caracterização dos Participantes 24
4.2. Resultado das entrevistas 25
4.2.1. Processo 26
4.2.2. Qualidade na Saúde 27
4.2.3. Eficiência dos serviços 28
4.3. Caracterização da Amostra - Indicadores 31
4.4. Resultado dos Indicadores 32
V. Discussão dos Resultados 41
VI. Conclusões e Recomendações 47
VII. Bibliografia 50
VIII. Apêndice 56

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma Serviço Nacional de Saúde Português 15
Figura 2 - Regiões de PT abrangidas por ULS 31

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Utentes Inscritos em CSP em Dez. de 2023 34
Gráfico 2 - Inscritos em LIC dentro e fora do TMRG em 2023 35
Gráfico 3 - Atendimentos de cor Verde, Azul e Branca - 2023 38
Gráfico 4 - Taxa de Utilização Global de Cons. Médicas - 1 Ano e 3 Anos 40

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos participantes, n=5 24
Tabela 2 - Modelo de Gioia 25
Tabela 3 - Distribuição ULS por Regiões 31
Tabela 4 - Relação entre ULS e ACES 32
Tabela 5 - Utentes Inscritos em CSP no final do mês de Dez. de 2023 33
Tabela 6 - Inscritos em LIC dentro e fora do TMRG (180 dias) em 2023 35
Tabela 7 - Triagem de Manchester 36
Tabela 8 - Atendimentos em Serviço de Urgência - Triagem Manchester - 2023 37
Tabela 9 - Atividade operacional mensal do SNS24 - 2023 38
Tabela 10 – Acesso a consultas Médicas pela Pop. Inscrita Dez. 2023 40

Glossário de Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ER – Emergency Room

LIC – Lista de Inscritos em Cirurgia

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MdF – Médico de Família

NHS - National Health Service

PT – Portugal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TMRG – Tempo Máximo de resposta Garantida

ULS – Unidade Local de Saúde

USF - Unidades de Saúde Familiar

Introdução

Atualmente, Portugal tem vindo a atravessar um período crítico, no tocante ao setor da saúde. As razões que levaram ao seu agravamento rementem, para a gestão pouco eficiente dos recursos humanos, bem como para a sobrelotação dos serviços de urgência. (Deliberação nº DE-SNS 209/2023, de 8 de Dezembro de 2023)

Em virtude do estado atual do país, Portugal viu-se obrigado a agir, implementando uma nova reforma na área da saúde. Assim, o Governo português aprovou o diploma relativamente ao modelo de integração vertical de cuidados de saúde, com a criação de trinta e uma novas Unidades Locais de Saúde, perfazendo um total de trinta e nove ULS, em todo o território nacional. (Comunicado Do Conselho de Ministros de 14 de Setembro de 2023)

O Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023, menciona que a criação de ULS culmina na junção dos hospitais e dos centros hospitalares existentes, com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Este feito pretende alcançar a proximidade e a continuidade da prestação de serviços de saúde. Adicionalmente, o modelo de ULS tem por base a centralidade da tomada de decisão e o aumento da autonomia dos cuidados de saúde. Posto isto, conclui-se que os cuidados de saúde primários estão intrínsecos ao sistema e permitem alcançar a missão de promoção da saúde.

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 2008, a integração de cuidados de saúde como "The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system." [1], em português: "A gestão e prestação de serviços de saúde para que os utentes recebam um conjunto contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e através dos diferentes níveis do sistema de saúde.".

Portanto, a criação destas novas ULS, vem marcar um ponto de viragem para o Serviço Nacional de Saúde, apostando em massa nas mesmas, com o objetivo de maximizar o acesso e a eficiência do SNS. (Deliberação DE-SNS de 26 de Julho de 2023 - "Duas Novas Unidades Locais de Saúde No SNS")

Outro ponto a salientar consiste no facto de que, se ocorrerem efetivamente melhorias na gestão e condições de trabalho, tanto os pacientes como, consequentemente, os profissionais de saúde beneficiam, proporcionando uma melhor assistência aos utentes e realizando as tarefas

[1] Integrated health services - What and why? Technical brief. 2008, Vol. 1, Pág. 1 – Acedido no dia 10 de Março de 2024

de forma eficaz, correspondendo às necessidades daqueles. Assim sendo, e tendo em conta a situação atual relativamente à reforma estabelecida, torna-se crucial a análise e a avaliação das possíveis contribuições do modelo de Unidades Locais de Saúde e os seus benefícios para os utentes. Serve a presente dissertação para investigar a viabilidade do modelo de integração vertical de cuidados de saúde em Portugal, intitulado Unidades Locais de Saúde, na perspetiva do paciente.

Como consequência, a investigação pretende averiguar o panorama atual das Unidades Locais de Saúde, analisando a pertinência de avançar com o modelo a nível nacional, a partir da opinião de profissionais, realizando entrevistas semiestruturadas, e dos indicadores relativos à acessibilidade e ao desempenho do modelo no ano de 2023, nomeadamente a percentagem de inscritos em cuidados de saúde primários, a percentagem de inscritos em liste de inscritos em cirurgia dentro e fora do tempo máximo de resposta garantida, a percentagem de atendimentos em serviço de urgência – triagem de Manchester, a atividade operacional mensal do SNS24 e o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

A questão da investigação prende-se com "Quais as contribuições das Unidades Locais de Saúde, no respeitante à acessibilidade e ao desempenho dos serviços prestados, numa perspetiva geral do paciente?". Relativamente ao tema central da dissertação, este abrange a investigação acerca do modo como, as Unidades Locais de Saúde, afetam a experiência dos utentes no Serviço Nacional de Saúde.

Neste sentido, torna-se necessário compreender a organização do atual estudo, designadamente, o primeiro capítulo rege-se pelo desenvolvimento teórico, relativamente à integração de cuidados de saúde, averiguando a sua evolução ao longo do tempo e as possíveis formas de integração de cuidados. O segundo capítulo prende-se com o estudo acerca da saúde em Portugal, explorando o funcionando atual do sistema de saúde português, as Unidades Locais de Saúde e o estudo de casos semelhantes, a nível europeu, com o intuito de obter diferentes perspetivas. O terceiro capítulo refere-se à metodologia utilizada para alcançar os objetivos prepostos, distribuindo-se em dois sub-capítulos, a investigação qualitativa, explicitando os participantes, o guião das entrevistas, a realização das mesmas e o método de análise dos dados; e a investigação quantitativa, especificando o método de recolha e análise dos dados. Já o quarto capítulo recai sobre a descrição dos participantes das entrevistas e da amostra utilizada nos indicadores e a apresentação dos resultados de ambos os métodos. Assim, o quinto capítulo debruça-se sobre a discussão dos resultados obtidos. Por fim, o sexto capítulo revela uma breve exposição dos principais temas discutidos e das suas limitações e, ainda, sugere algumas recomendações de futuras investigações.

I. Revisão de Literatura

1.1. Integração de Cuidados de Saúde

O principal foco do presente trabalho debruça-se sobre as Unidades Locais de Saúde, ULS, as quais representam um papel fundamental como um dos métodos de integração de cuidados de saúde. Neste sentido, torna-se importante compreender o papel das ULS na articulação entre os diversos cuidados, bem como explorar outras possíveis opções relacionadas à integração dos mesmos.

Nesta conformidade, torna-se relevante salientar que o mundo está a mudar a uma velocidade surpreendente e o setor da saúde não se exclui dessa tendência. Situações de mudança, levam a incerteza e insegurança por parte dos profissionais de saúde, pacientes e gestores. (Dias & Queirós, 2010) Como consequência, a integração de cuidados de saúde hospitalares tem-se tornado um tema bastante frequente em diversos países da União Europeia. (Conrad & Dowling, 1990; Brown & McCool, 1986)

Segundo McKee K. (2001) os serviços de saúde visam contribuir para o bem-estar da população e a sua qualidade de vida, proporcionando serviços que permitam a prevenção e tratamento de doenças. Assim, torna-se crucial que o sistema de saúde funcione como um todo e, por isso, a integração surge como auxiliar nesse objetivo. (Dias & Queirós, 2010)

A organização World Health Organization (2016) definiu a integração de cuidados de saúde como a junção de serviços de "promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gestão de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, coordenados entre os diferentes níveis e locais de prestação de cuidados dentro e fora do sector da saúde, e de acordo com as suas necessidades ao longo da vida.".[2]

No entanto, largos anos antes, em 1967, a definição do conceito estava a ser elaborada. Lawrence e Lorsch definiram-no como a associação de atividades de diferentes setores, contribuindo para o mesmo objetivo. Passados cerca de 31 anos, em 1998, Overtveit, estabeleceu o termo, tendo em consideração as possíveis abordagens e estrutura organizacional, daqueles que garantem níveis de eficiência relevantes e prestam serviços de acordo com as necessidades dos utentes, com vista à continuidade dos mesmos. (WHO, 2000)

Em 2000, a integração de cuidados foi compreendida, por Kodner e Kyriacou, como o agrupamento de instrumentos e desenhos relativos à organização, com o intuito de trabalharem

[2] www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration - Acedido a 10 de Março de 2024

entre si e entre os profissionais de saúde, entregando maior valor à população, relativamente aos cuidados prestados e tendo em vista a gestão da organização.

De realçar que o tema pode ser entendido por diferentes vertentes e visões, como por exemplo, ao nível da multidisciplinariedade das equipas de profissionais, denominado de integração horizontal, ou dos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, designado como integração vertical. (Conrad & Dowling, 1990; Brown & McCool, 1986) Ou como por exemplo pelas diferentes visões do prestador e consumidor, entre outros. (Lloyd & Wait, 2005)

Paralelamente, a integração de cuidados pode ter como outros objetivos, o aumento da qualidade dos serviços, bem como o controlo de custos e/ou despesas e a sua eficiência. Para além do referido, Sobczak (2002) afirma que a integração de cuidados pode ter como foco a aplicação de novos métodos e tecnologias no tratamento de determinadas doenças e serviços de saúde e, ainda, aprimorar a opinião dos pacientes, relativamente à sua satisfação com os serviços prestados.

Segundo Lopes, et. al. (2014), a integração pode ser agrupada em quatro dimensões, nomeadamente, estrutural, funcional, normativa e sistémica. Já Contandriopoulos et. al. (2003) acrescentam que a integração pode ser distinguida por cuidado, equipa clínica, funcional, normativa e sistémica. Outros autores, como Kodner (2009) distinguem integração funcional, organizacional, profissional, de serviço ou de clínica, normativa e sistémica.

Concluindo, que a definição de cuidados integrados pode ser considerada extensa e difícil de sistematizar, uma vez que engloba inúmeras ações. Por esse motivo, a implementação destes cuidados torna-se uma tarefa árdua e complicada. (Sobczak, 2002; McKee & Nolte, 2008)

A dimensão do tema com maior pertinência para o presente estudo refere-se à estrutural, que engloba a integração vertical, onde se inserem as Unidades Locais de Saúde.

A integração de cuidados de saúde estrutural refere-se às organizações onde o seu sistema se altera, no tocante ao organigrama da instituição, nomeadamente, as suas funções e atividades, e de forma consequente, a responsabilidade de cada unidade e indivíduo se reorganiza, modificando, de forma complementar, a nível administrativo. (Byrne & Ashton, 1999; Conrad & Shortell, 1996) Este tipo de integração torna-se bastante complexo, devido às diferentes interligações das organizações e atividades, que evitam contribuir para injustiças, relativamente aos interesses de cada indivíduo, esforçando-se para alinhar as preferências comuns, com o intuito de se tornar vantajoso para os utentes e para os profissionais. (Lopes et. al., 2014)

Além disso, este conceito pode ser caracterizado por duas vertentes, horizontal e vertical, conforme o tipo de organização das entidades e dos envolventes.

2.1. Integração Horizontal

Relativamente à integração horizontal, esta distingue-se no respeitante ao tipo de responsabilidade, onde apenas uma organização gere várias e o tipo de prestação de serviços de saúde assemelha-se, estando no mesmo nível de cuidados. Assim, as suas funções definem-se como centralizadas. Este processo torna-se possível, através da junção de duas ou mais organizações que prestam serviços semelhantes e substituíveis. (Devers et. al., 1994; Grone & Garcia-Barbero, 2001)

O principal objetivo nesta atividade consiste em alcançar economias de escala, a partir da crença de chegar a um elevado número de pacientes, aumentar o poder de mercado e aperfeiçoar a eficiência e, ainda, auxiliar na partilha de serviços administrativos e de instrumentos. (Grone & Garcia-Barbero, 2001; Burns & Pauly, 2002)

Ao longo dos anos, muitos foram os exemplos onde este tipo de integração incluiu organizações, as quais operavam múltiplos hospitais, fusões e alianças estratégicas. (Burns & Pauly, 2002) Um exemplo de estrutura horizontal verificou-se nos Estados Unidos da América, mais propriamente no norte do país, na década de 1970, onde ganhou uma enorme escala, influenciando diversos países a optarem pela mesma estrutura. Mais tarde, identificou-se que os serviços de saúde não mostravam melhores resultados do que os privados e, por isso, a ideia foi, em parte, abandonada, adotando, posteriormente, uma estrutura de integração vertical. (Lopes et al., 2014; Sobczak, 2002)

No ramo da saúde em Portugal, a integração de cuidados levou o seu tempo a ser implementada, uma vez que as unidades de saúde e as de apoio social do SNS não colaboravam entre si. (Simões et. al., 2017)

Com efeito, como exemplo de estrutura de integração horizontal, destacam-se os centros hospitalares ou os Agrupamentos de Centros de Saúde, ACES, onde numa dada altura, a formação de centros hospitalares era sob uma única entidade legal, consolidando hospitais que antes operavam de forma independente. (Tynkkynen et. al., 2023) De realçar que, muitos dos hospitais, nos dias de hoje, fazem parte dos Centros Hospitalares, contribuindo, assim, para a integração dos cuidados. (Simões et. al., 2017)

2.2 Integração Vertical

No respeitante ao modelo de integração vertical, este caracteriza-se por uma organização que detém o controlo, a gestão e a propriedade de duas ou mais organizações de diferentes níveis de cuidados de saúde, com vista a aprimorar a saúde de uma população específica numa

determinada região onde, pelo menos, uma das organizações, utiliza como *input*, o *output* da outra. Desta forma, este processo compromete-se a aumentar a coesão entre os serviços de saúde e a ser orientado para o paciente, valorizando-o. A contenção de custos está, também, associada a este modelo. (Samuelson & Nodhaus, 1988)

Reforçando o conceito, segundo a OMS, a integração vertical coordena os diversos recursos existentes, os serviços prestados, e a administração, relativos às diferentes etapas dos cuidados de saúde. (Grone & Garcia-Barbero, 2001)

Assim sendo, o modelo pretende integrar em rede todos as partes envolvidas do sistema, de forma eficaz e com qualidade, gerindo os diferentes níveis de cuidados de saúde e assegurando a satisfação das necessidades dos indivíduos. (Contandriopoulos et. al., 2003)

Para além disso, segundo Lopes, et. al. (2014), a integração vertical de cuidados de saúde apresenta uma panóplia de possíveis vantagens. Nesse sentido, indicam-se como possibilidades: o poder de mercado, visto que o modelo controla um maior número de atividades do que determinados concorrentes, permitindo obter vantagens de negociação com os fornecedores e adaptar-se facilmente às mudanças, devido ao envolvimento de inúmeras atividades (Brown & McCool, 1986; Foreman & Roberts, 1991; Wheeler et. al., 1999; Wan et. al., 2002); a qualidade assistencial, tendo em conta que a entidade ao focar-se nos cuidados de saúde e nos possíveis erros, consegue obter melhores resultados e redução de custos (Coddington et. al., 1996; Stille et. al., 2005); a focalização no utente, uma vez que o propósito torna-se o próprio utente e a satisfação das suas necessidades, de igual modo, a integração leva a que o processo seja contínuo e, assim, o utente obtém o tratamento adequado de forma mais eficaz (Wheeler et. al., 1999); a disseminação do risco de negócio, pois a integração permite deter um maior controlo de diversos níveis de cuidados e diminuir o risco, permitindo, além disso, reduzir alguns custos de transação, devido ao facto de os níveis de cuidados estarem interligados (Clement, 1988; Ackerman, 1992; Brown et. al., 1986; Wheeler et. al., 1999); as economias de escala, dado que possibilitam o poder de mercado atuando e gerindo diferentes níveis de saúde, acrescentando que por esse motivo, por vezes, conseguem obter reduções de custos por unidade. De realçar que esta tendência acontece com maior frequência em modelos de integração horizontal; por fim a integração vertical pode minimizar os conflitos, devido à coordenação de estratégias e objetivos comuns aos diferentes níveis de cuidados de saúde. (Lopes et. al., 2014)

De destacar, a integração vertical está associada à integração funcional, uma vez que o termo se designa pela colaboração entre operações, com vista à criação de valor para os utentes. (Gillies et. al., 1993; Shortell et. al., 1993; Sobczak, 2002) E, sendo assim, a integração vertical

necessita da funcional, como meio para alcançar a sua eficiência e otimização. (Lopes et. al., 2014)

Um exemplo de integração de cuidados a nível vertical na Europa ocorreu, na década de 1970, na Polónia, onde foi introduzido o modelo de Unidades Integradas de Gestão de Cuidados de Saúde, Zespoly Opieki Zdrowotnej – ZOZs. Não obstante, não ocorreu como era esperado e trouxe bastantes obstáculos, como por exemplo, a duplicação de processos e a dificuldade em coordenar os diferentes profissionais de saúde, acabando por deixar este modelo. Atualmente, ainda se debate o que melhor se adequa para a saúde do país, sendo a integração um tema discutido nesse sentido. (Sobczak, 2002)

No tocante a exemplos de estrutura de integração vertical em Portugal, pode referir-se as Unidades Locais de Saúde e o programa de Cuidados Continuados Integrados, que atua em conjunto com o setor da saúde e o apoio social. (Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho de 2006; Lopes et. al., 2014)

As Unidades Locais de Saúde distinguem-se pela junção entre os cuidados de saúde hospitalares e os centros de saúde primários e públicos, com o intuito de assegurar uma distribuição equitativa no tocante à responsabilidade, articulação e valorização, englobar uma determinada região. A primeira Unidade Local de Saúde surgiu um 1999, em Matosinhos. (Simões et. al., 2017; ERS, 2015)

De referir, em 2010 foi realizado um estudo relativo à integração de cuidados nas ULS em Portugal, ao abrigo da Escola Nacional de Saúde Pública para a Administração Central do Sistema de Saúde. (Lopes et. al., 2014)

Assim, o estudo concluiu que na época, o conhecimento acerca de integração de cuidados era limitado e que, o desenvolvimento de ULS, era um processo de médio/longo prazo, sendo, por isso, necessário ter essa informação em consideração quando pretendessem desenvolver novos projetos de ULS. Além disso, verificou-se que um dos pontos fulcrais para o seu bom funcionamento era a divulgação de conhecimentos e experiências, de forma a compreender o que pode ser evitado e/ou melhorado em atividades futuras. Por fim, foi referido que uma das falhas presentes na integração de cuidados era a inexistência de um registo eletrónico único, onde fosse possível fornecer os cuidados adequados a cada utente de forma contínua. (Lopes et. al., 2014)

Adicionalmente, foi mencionado que uma das boas práticas de integração de cuidados de saúde consiste no desenvolvimento de protocolos de atuação, fundamentados a partir da evidência e integrados nos sistemas de informação. Além disso, o objetivo engloba, também, educar os utentes para que consigam gerir autonomamente a sua condição de saúde e estabelecer

indicadores de processo e resultado, como forma de controlo do processo como um todo. Em conclusão, os protocolos pretendem aumentar a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados. (Lopes et. al., 2014)

De notar, que existe relação, também, entre a integração vertical e a horizontal, onde segundo o desenvolvimento histórico, a horizontal antecede a vertical, devido às suas vantagens de economias de escala e poder de mercado, que permitem à integração vertical avançar na sua eficiência e otimização. (Contandriopoulos et. al., 2003)

Em jeito de conclusão, a integração de cuidados de saúde apresenta diversos desafios e incertezas. No entanto, esta abordagem proporciona uma maior eficiência e qualidade dos serviços, aliando o avanço das tecnologias. De qualquer modo, o estudo e a compreensão das diferentes alternativas, facilita a implementação de ULS ou de outros métodos de integração de cuidados de saúde, alcançando resultados positivos e principalmente, com foco no utente.

II. Saúde em Portugal

A saúde em Portugal tem demonstrado diversos momentos de prosperidade e outros verdadeiramente críticos. Torna-se importante analisar determinados marcos históricos, com o propósito de compreender como chegámos ao sistema de saúde atual.

O estado da saúde em Portugal, no início da década de 70, apresentava níveis bastante precários e os cuidados eram à base de solidariedade para com os mais necessitados. Em 1945, o Estado necessitou de intervir e foram implementadas organizações de saúde pública responsáveis por determinadas doenças. Passado um ano, foram dados os primeiros passos para uma rede hospitalar. (Sousa, 2009)

Em 1971, foi implementada uma reforma significativa, tendo sido estabelecido o direito à saúde, mas com restrições na acessibilidade aos cuidados. A criação do Serviço Nacional de Saúde ocorreu em 1979 e segundo o Título I, Artigo 4.º, da Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro de 1979, ficou definido que "O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, (…)"[3]. Em 1984, o SNS expandiu-se com a criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Tudo isto, acarretou uma enorme responsabilidade e dificuldade na gestão da saúde em Portugal contudo, tendo sempre em vista melhores condições de prestação de serviços de saúde. (Sousa, 2009; SNS, 15 de Set. 2023)

[3] Lei n.º56/79 de 15 de Setembro de 1979, Título I, Artigo 4.º. Diário da República n.º214 – 1ª série - Acedido a 12 de Março de 2024

No ano de 1986, Portugal passou a fazer parte da Comunidade Económica Europeia, atual União Europeia, o que possibilitou um financiamento europeu e, consequentemente, um reforço do SNS, ao nível das infraestruturas e instrumentos. (Sousa, 2009; Comissão Europeia, 2023)

No início da década de 90, foi instituída a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto de 1990, Capítulo I, Base I, a qual destaca como um dos princípios gerais da referida Lei: "A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei."[4].

Em 1993, foi desenvolvido o Estatuto do SNS, onde as instituições que englobavam o sistema de saúde em Portugal eram o SNS, as organizações públicas de apoio e as privadas. (Decreto-Lei n.º11/93 de 15 de Janeiro de 1993) Ainda no mesmo ano, devido às necessidades da população, em termos de qualidade e de proximidade, foram aprovadas as Administrações Regionais de Saúde, ARS, de forma a abranger todas as regiões do país e a integração de todos os níveis de cuidados de saúde. (Sousa, 2009; SNS, 15 de Set. 2023)

O ano de 1999, foi um ano crucial para a estrutura de integração vertical dos serviços de saúde, com a criação de Unidades Locais de Saúde. A criação das mesmas, surge com o intuito de integrar, principalmente, os centros hospitalares e os centros de saúde de uma determinada região e população, promovendo a saúde e otimizando os recursos. A primeira ULS surge em Matosinhos, tenso sido provada a eficácia deste novo processo. (Santana, et al., 2014)

Em 2003, os serviços referentes aos cuidados primários foram organizados em rede, por forma a alcançarem o seu objetivo de promoção de saúde a toda a população. Para além do mencionado, 2003 foi um ano importante, com o desenvolvimento da Entidade Reguladora da Saúde, dividindo assim as funções do Estado. (Sousa, 2009; SNS, 15 de Set. 2023)

Em 2006, com o envelhecimento da população, entre outras causas, surgiu a necessidade de desenvolver a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, RNCCI. Nos anos seguintes, surgem as Unidades de Saúde Familiar, USF, e os agrupamentos de centros de saúde do SNS, visando a melhoria dos cuidados de saúde primários, através do seu acesso e melhorias na gestão. (Sousa, 2009; SNS, 15 de Set. 2023)

Em 2011, a área da saúde, como tentativa de modernização e atualização face às novas tecnologias, desenvolveu a prescrição eletrónica, com o intuito de melhorar os serviços prestados e a segurança, evitando as falsificações. Em 2013, o Ministério da Saúde, o SNS e as instituições particulares de solidariedade social colaboraram em conformidade, e as

[4] Lei n.º48/90, de 24 de Agosto de 1990, Capítulo I, Base I. Diário da República, Lisboa, I Série A (195) - Acedido a 12 de Março de 2024

Misericórdias voltaram a estar encarregues dos seus hospitais, mas geridas pelo SNS, uma vez que são fulcrais parcerias com o Estado, devido aos seus conhecimentos e experiências. (SNS, 15 de Set. 2023)

Em 2019, comemoraram-se os quarenta anos do SNS e, com ele, foi colocado em prática um plano com o intuito de incutir uma gestão independente dos hospitais e das Unidades Locais de Saúde. Em 2022, o SNS passa a ser constituído por uma Direção Executiva, que vigora a partir de 2023. (SNS, 15 de Set. 2023)

De destacar que, ao longo destes anos, Portugal ultrapassou fases muito críticas ao nível político e financeiro que, inevitavelmente, afetaram o setor da saúde. O país conseguiu expandir o SNS e aprimorar os recursos e o seu acesso. Ao longos dos últimos quarenta anos, a qualidade dos cuidados de saúde aumentou, acabando por garantir uma maior equidade no país. (SNS, 15 de Set. 2023)

2.1. Atual Funcionamento do Sistema de Saúde Português

Portugal, embora tenha passado por diversas crises que afetaram o sistema de saúde, teve sempre em vista o bem-estar dos cidadãos, tentando disponibilizar aos mesmos, serviços de qualidade. Além disso, as atividades desenvolvidas na área da saúde foram adaptadas e atualizadas, de acordo com as necessidades dos cidadãos.

Deste modo, segundo o Decreto-Lei n.º52/2022 de 4 de Agosto de 2022, Artigo 10.º, as unidades de saúde em Portugal regem-se pelos seguintes termos, em ACES, tendo como objetivo "(…) garantir a prestação dos cuidados de saúde primários." ; em hospitais, centros hospitalares e institutos portugueses de oncologia, pretendendo "(…) garantir a prestação dos cuidados hospitalares."; e em ULS, visando "(…) garantir, no próprio estabelecimento, a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares.". Além disso, as unidades de saúde acima descritas, se for esse o caso, estabelecem "(…), a prestação de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos." De notar que o SNS se divide em cinco regiões, nomeadamente, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.[5]

Adicionalmente, a prestação de cuidados de saúde, quer primários, quer secundários, estabelece-se por prestadores públicos e privados, sendo que os médicos de família são os responsáveis pelo encaminhamento do paciente para cuidados especializados e secundários. Em

[5] Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de Agosto de 2022, Artigo 10.º. Diário da República, 1.ª série – Acedido a 12 de Março de 2024

relação aos serviços de saúde de cuidados primários, estes são prestados, de forma geral, pelos ACES do SNS. (OECD & Observatório, 2023)

De forma sucinta, o sistema de saúde português caracteriza-se por um sistema público universal, sendo este possível de se financiar, através de impostos e de seguros sociais e privados. Relativamente ao financiamento por impostos, este caracteriza-se pelos cuidados de saúde prestados pelo SNS. Já o financiamento baseado em seguros sociais, permite aos seus utilizadores a escolha do serviço onde pretendem obter cuidados de saúde, bem como se preferem cuidados de saúde no setor privado (Pereirinha, 1995; Guillén, 2002; Bentes et al., 2004).

O planeamento e regulamentação referentes ao sistema de saúde em Portugal, está a cargo do Ministério da Saúde e das suas respetivas instituições. (Simões et.al., 2017) Segundo o Decreto-Lei n.º52/2022 de 4 de Agosto de 2022, Artigo 2.º, N.º1, "O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, (…)".[6] No que concerne ao SNS, este é gerido por cinco ARS, cujas funções se destacam em operacionalizar os objetivos referentes à política nacional da saúde, supervisionar os hospitais e gerir os centros de saúdes e os seus prestadores. (OECD & Observatório, 2023)

Não obstante, um ponto deveras importante a referir traduz-se na complexidade relativa à evolução dos sistemas de saúde em Portugal, uma vez que existem conflitos de interesse e opiniões. Do mesmo modo, a sua evolução tem sido determinada a partir de quatro fatores, nomeadamente, a responsabilidade social e individual e o modo como a sociedade pode contribuir para o financiamento dos cuidados; investimento relativo ao papel do Estado como regulador e prestador de cuidados de saúde; tomada de decisões com foco nos cidadãos; e adaptação e implementação de mudanças no sistema de saúde. (Sousa, 2009)

No entanto, Portugal tem desempenhado um bom esforço no acompanhamento de práticas de saúde internacionais e na inovação de estruturas. Além disso, tem-se empenhado em direção aos cuidados de saúde integrados. (Barros & Simões, 2007; Santana et. al., 2007)

Da mesma forma, a sociedade evoluiu e, por isso, as necessidades passaram a ser outras, devido ao aumento da esperança de vida de cada indivíduo, ao envelhecimento populacional, ao aumento da propensão de doenças crónicas, entre outros. (Sousa, 2009) Os desafios estão muito relacionados, também, com a pobreza, com as taxas de natalidade reduzidas e com o número de emigrações. O culminar de todos os fatores leva a que o sistema de saúde português

[6] Decreto-Lei n.º52/2022 de 4 de Agosto de 2022, Artigo 2.º, N.º1. Diário da República, 1.ª série – Acedido a 12 de Março de 2024

sofra consequências negativas e complexidades no processo de evolução do mesmo, tendo igualmente dificuldades na interligação de programas no âmbito nacional, regional e local. (WHO, República Portuguesa, Observatório, 2018)

Nos dias de hoje, a saúde em Portugal, como anteriormente referido, depara-se com uma acentuada crise no setor da saúde, devido à gestão ineficiente dos recursos humanos e à elevada procura, por parte da população, dos serviços de urgência hospitalar, onde muitas vezes se torna numa utilização exacerbada. (Deliberação nº DE-SNS 209/2023, de 8 de Dezembro de 2023) Torna-se importante salientar que o problema associado à sobrelotação do serviço de urgências, tem vindo a ser constante. Uma das tentativas para aliviar o mesmo, consiste na aplicação do Sistema de Triagem de Manchester (STM), tendo no Despacho n.º1057/2015 de 2 de Fevereiro de 2015, sido estipulado que até ao final do ano de 2015 todos deviam recorrer a este sistema. Assim, o STM consiste na "classificação dos doentes por cores, que representam o grau de risco e o tempo de espera clinicamente recomendado para atendimento"[7], segundo o Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de Abril de 2016, Parte C.

Segundo o Grupo Português de Triagem, existem cinco distinções de cores, a vermelha - correspondente a emergência, a laranja - muito urgente, a amarela - urgente, a verde - pouco urgente e a azul – não urgente. (Grupo Português de Triagem, 2024) Por vezes, ainda existe a cor branca que corresponde a uma situação, onde o procedimento pode ser programado. O Despacho n.º4835-A/2016 de 8 de Abril de 2016, referiu, ainda, que se torna essencial desimpedir as urgências de casos não urgentes ou emergentes, de forma a responder da melhor forma aos casos mais críticos. De forma complementar, recomenda o uso da linha de apoio SNS24 ou o recurso ao médico de família em casos não urgentes ou emergentes.

De salientar, ainda, que na Deliberação nº DE-SNS 209/2023 de 8 de Dezembro de 2023, foi mencionado que as horas extraordinárias praticadas pelos médicos, levam a greves constantes, como forma de demonstração do seu descontentamento. Como consequência, o SNS vê-se obrigado a pensar no rumo que o serviço de urgência irá ter, uma vez que a eficiência das atividades, apresenta severos desafios.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), através da Linha SNS24, têm desempenhado um papel crucial na gestão da procura de cuidados de saúde, e na informação à população quanto às atitudes adequadas a adotar em caso de necessidade de acesso a cuidados de saúde. (Deliberação nº DE-SNS 209/2023 de 8 de Dezembro de 2023)

[7] Despacho n.º4835-A/2016, de 8 de Abril de 2016, Parte C, Preâmbulo. Diário da República n.º 69 - 2.ª série – Acedido a 12 de Março de 2024

De destacar que um dos objetivos comtemplados para o SNS em 2016, se traduziu em aprimorar os cuidados de saúde primários e continuados, com a centralização do paciente. Foi salientada a necessidade de ter em atenção a acessibilidade e a redução do tempo de espera, a qualidade dos serviços, a segurança, os recursos, a formação dos profissionais e o aumento da sua satisfação, tendo sempre como objetivo a sustentabilidade do sistema. Nesse sentido, impõe-se ao SNS uma reorganização e transparência dos processos, através de uma integração de serviços de diferentes níveis de cuidados. (SNS, 3 Nov. 2016)

Nesta conformidade, torna-se imprescindível uma forte reforma para combater as adversidades. Assim, o Governo português no dia catorze de Setembro de 2023 anunciou, no Conselho de Ministros, a aprovação do Decreto-Lei acerca da reestruturação do SNS, através da implementação de Unidades Locais de Saúde em todo o território nacional. (Comunicado Do Conselho de Ministros de 14 de Setembro de 2023)

Mais tarde, foi publicado o Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023, para legislar a reforma exposta, explicitando que uma das próximas reformas na saúde em Portugal, seria a implementação de trinta e uma novas Unidades Locais de Saúde, que englobariam todas as regiões do país, por forma a abranger todo o Portugal Continental. No Decreto-Lei esclarece que "Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde.".[8]

2.2. Unidades Locais de Saúde

As Unidades Locais de Saúde são um exemplo de estrutura de integração vertical em Portugal, uma vez que visam a agregação dos cuidados hospitalares com os centros de saúde primários e públicos, de forma a estarem igualmente distribuídos em relação à responsabilidade, articulação e valorização, estando assim reunidos de forma a abranger uma dada região. (ERS, 2015)

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2015) existem oportunidades e ameaças no processo vertical. No tocante às oportunidades, destaca-se a otimização da capacidade instalada, a promoção de bem-estar, a alocação do risco, o poder de mercado, entre outras. Por outro lado, foi identificado como ameaça, a desigualdade na procura de cuidados, a concorrência entre organizações, a possibilidade de dar maior importância aos cuidados hospitalares e o enviesamento na compreensão do core business.

[8] Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023, Preâmbulo. Diário da República n.º215 – 1ª série – Acedido a 14 de Março de 2024

Para concluir, a integração vertical e a horizontal detêm características muito próprias, sendo essencial analisar o contexto e os recursos existentes, para averiguar o modelo que melhor se aplica.

No seguimento do artigo referente à Entidade Reguladora da Saúde (2015), foi realizado um estudo acerca das ULS, no qual foi averiguado, a acessibilidade dos utentes, a qualidade do serviço, a eficiência produtiva e o desempenho económico-financeiro entre 2011 e 2013. Algumas das conclusões compreendem o facto de ser muito semelhante a proximidade tanto em regiões abrangidas por uma ULS, como as sem ULS. O acesso a cirurgias e a qualidade dos cuidados também foi apontado como semelhante. No entanto, o tempo médio de internamento revelou ser maior, face às regiões não abrangidas por ULS.

Neste sentido, é deveras importante a análise das ULS na atualidade e o que pode ser feito para uma melhoria das mesmas.

Para uma melhor compreensão do tema, torna-se imprescindível, conhecer a história das ULS em Portugal. Assim, até à década de 80, as unidades de saúde e as de apoio social, não colaboravam entre si. (Simões et. al., 2017) Desde então, surgiu a criação das Unidades Locais de Saúde que remontam ao ano de 1999, em Matosinhos, com o surgimento da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, na região Norte. Foi apenas a partir de 2007 que foram desenvolvidas mais ULS, designadamente, na região do Alentejo, com a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano nesse mesmo ano. Em 2008 foram concebidas a ULS da Guarda na região Centro, a ULS do Baixo Alentejo, novamente na Região do Alentejo, e a do Alto Minho, na região Norte. Em 2009 foi criada a ULS de Castelo Branco, na região Centro e dois anos depois, em 2011, a Unidade Local de Saúde Nordeste, na região Norte. Passado um ano, em 2012, foi desenvolvida a ULS do Litoral Alentejano, na região do Alentejo (ERS, 2015)

Posto isto, constata-se que apenas a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a do Algarve não estão abrangidas por nenhuma ULS. No entanto, com as novas trinta e uma ULS, a população de Portugal continental fica completamente abrangida, estando todos os hospitais e unidades de saúde integrados.

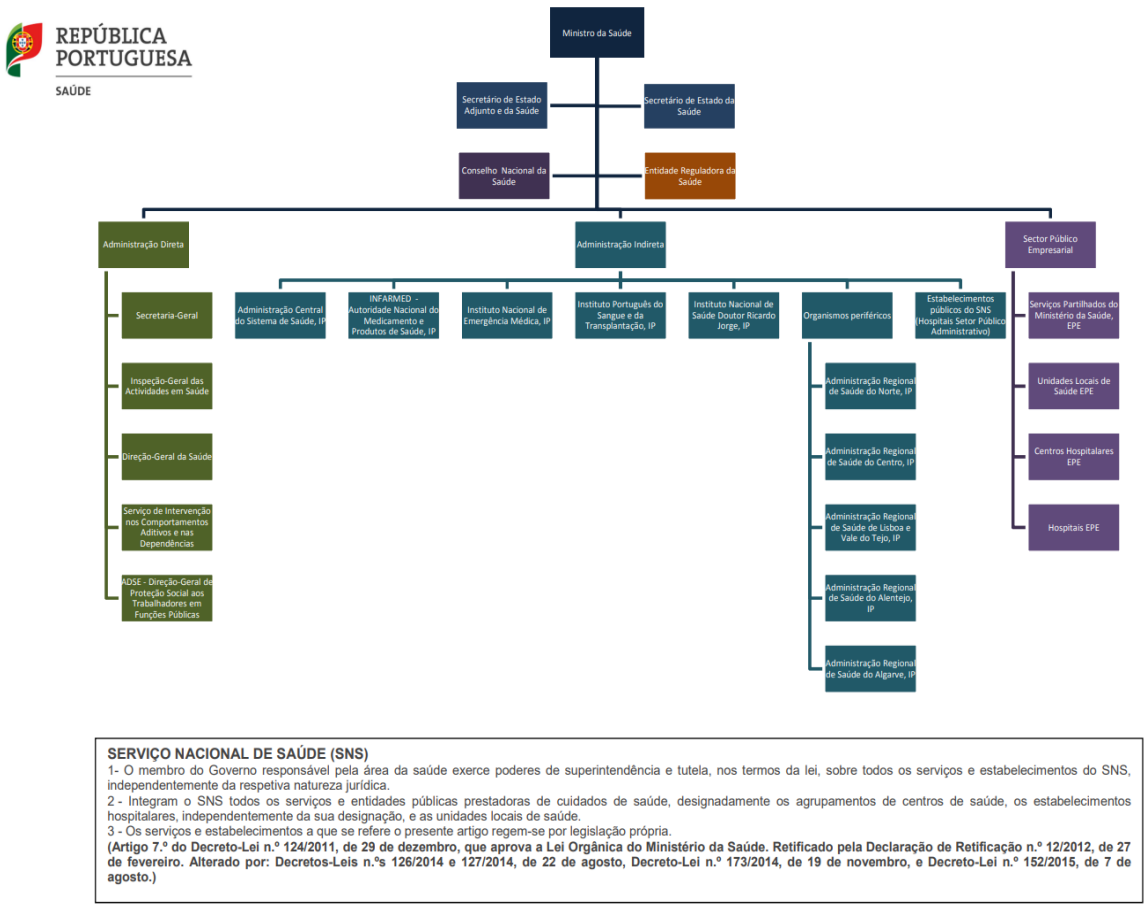
O funcionamento das mesmas ocorrerá de acordo com gestão da Direção Executiva do SNS, tendo em vista a coordenação da governação clínica e da saúde pública. (OECD & Observatório, 2023)

O modelo das Unidades Locais de Saúde consiste na incorporação de ACES, hospitais e centros hospitalares já implementados, sendo funcional de acordo com o estabelecido no Estatuto do SNS e o mesmo aplicável nos casos não previamente definidos pelo Decreto-Lei. De notar, a ULS de Matosinhos, Alto Minho, Nordeste e Guarda integram o respetivo ACES,

nomeadamente, o ACES de Matosinhos, do Alto Minho, do Nordeste e da Guarda, respetivamente. No que concerne à ULS de Castelo Branco, esta integra o ACES do Pinhal Interior Sul e o da Beira Interior Sul. Relativamente à ULS Norte Alentejo, esta integra o ACES São Mamede. (SNS - Entidades de Saúde, 2024)

O SNS está organizado de forma hierárquica, onde o Ministro da Saúde se encontra no topo da hierarquia. De seguida, desdobra-se em quatro segmentos, nomeadamente, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Secretário de Estado da Saúde, Conselho Nacional da Saúde e Entidade Reguladora da Saúde. Estes órgãos, por sua vez, dividem-se em Administração Direta e Indireta e em Sector Público Empresarial, sendo este último importante para o presente trabalho, uma vez que inclui as Unidades Locais de Saúde EPE. Além disso, inclui os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde EPE, os Centros Hospitalares EPE e os Hospitais EPE. (Figura 1)

Figura 1 - Organograma Serviço Nacional de Saúde Português



Fonte: SNS[9]

[9] www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/OrganogramaMS11032016.pdf - Acedido a 14 de Março de 2024

De referir que "Esta é uma das maiores reformas na organização do SNS desde a sua criação, (…) mantendo como uma das suas dimensões transversais a livre escolha pelo utente da instituição de saúde onde pretende ter resposta, devendo o sistema de financiamento acomodar esta vertente.".[10]

O Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de Novembro de 2023, refere que a reforma estabelecida pelo Governo português no tocante às ULS, pretende simplificar os processos e aprimorar os cuidados de saúde prestados, a sua integridade e a centralização das decisões tomadas, visando os utentes no que diz respeito à proximidade, à acessibilidade e aos cuidados de saúde primários, satisfazendo assim as suas necessidades. Nestes moldes, as ULS ambicionam a partilha de responsabilidades e de recursos, nomeadamente com a coordenação entre equipas de profissionais de saúde, através de uma transição suave entre os demais níveis de cuidados. Outra característica no respeitante à integração dos cuidados surge com elevados níveis de eficiência relativos à gestão dos recursos públicos e às funções desempenhada pelos municípios no processo de implementação da resposta aos cuidados em saúde de uma dada região, tendo em vista um vínculo próximo e a gestão em rede.

De destacar que, um dos processos de integração positivos em Portugal, correspondeu aos cuidados com os utentes com diabetes. O SNS realizou um esforço com o intuito de otimizar e integrar o processo de consultas regulares a estes pacientes, agregando todos os cuidados necessários ao seu tratamento, tanto ao nível de cuidados primários, como terciários, de forma a possuírem um melhor acompanhamento. Deste modo, em 2013 foi desenvolvido o plano de integração de Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes, ACES e cuidados ao nível hospitalar. (ERS, 2015) Segundo o Despacho n.º 3052/2013 de 26 de Fevereiro de 2013, a sua criação "(…), permite elevados padrões de qualidade nos cuidados, melhoria dos indicadores clínicos, diminuição da letalidade e da morbilidade atribuível, com consequente incremento do grau de satisfação para a pessoa com diabetes.".[11]

Verificou-se como outro exemplo de sucesso, o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados, onde o objetivo consistia em agregar os cuidados de saúde e os cuidados sociais, por forma a obter os serviços imprescindíveis no cuidado de utentes dependentes dos mesmos, seja de curto, médio ou longo prazo. Este processo foi possível, devido à cooperação

[10] Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023, Preâmbulo. Diário da República n.º215 – 1ª série – Acedido a 14 de Março de 2024

[11] Despacho n.º3052/2013, de 26 de Fevereiro de 2013, Preâmbulo. Diário da República, 2.ª série - N.º 40 – Acedido a 14 de Março de 2024

entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (Simões et. al., 2017)

De acordo com o Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de Novembro de 2023, o "(…) modelo organizativo permite que as ULS beneficiem de novos instrumentos de gestão, (…)"[12], como o registo de saúde eletrónico único; a organização de dados em relação ao nível de risco associado, alcançando a informação relativa ao impacto sobre a população de uma dada doença; benefícios associados ao desempenho, com enfase nos resultados e na criação de valor; estratégias, onde os profissionais de saúde assentam em processos com foco na resposta aos utentes.

Por outro lado, os estudos acerca do tema Unidade Local de Saúde e os seus efeitos, são bastante reduzidos, sendo difícil de entender a sua eficácia no serviço de saúde em Portugal. (WHO, República Portuguesa, Observatório, 2018) Não obstante, um dos estudos realizados conclui que após a implementação de cuidados integrados de forma vertical, alguns indicadores de qualidade, como por exemplo, o número de readmissões foi bastante positivo, uma vez que foi possível constatar a sua diminuição. O estudo revela que uma das causas deste acontecimento se deveu à colaboração entre profissionais de saúde de cuidados agudos e primários. (Lopes et al. 2017)

2.3. Exemplos Europeus Semelhantes

Na Europa existem alguns serviços de saúde bastante semelhantes ao Serviço Nacional de Saúde português. Nesse sentido, torna-se interessante e relevante analisar o funcionamento de alguns países, como o de Inglaterra e Finlândia, a fim de aprimorar quais os pontos positivos e negativos dos mesmos e, assim, concluir o que Portugal e as ULS podem aprender e melhorar no seu desenvolvimento.

Como primeiro exemplo, o Reino Unido, onde o sistema de saúde se caracteriza por ser gratuito, com financiamento público através de impostos, intitulado *National Health Service*, NHS. Este divide-se por regiões e onde o acesso pode ser caracterizado como uma necessidade clínica e não baseado na condição financeira. Os serviços de natureza privada, embora existam, não são tão expressivos quanto os de natureza pública. (NHS, 2021; Anderson et. al., 2022)

No caso específico de Inglaterra, este tem vindo a evoluir enquanto cuidados integrados, adquirindo conhecimentos ao longo do tempo e o que melhor se adequa para a sua região. O

[12] Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023, Preâmbulo. Diário da República n.º215 – 1ª série – Acedido a 14 de Março de 2024

sistema caracteriza-se pelo recurso a um *General Practitioner*, sendo este profissional o primeiro contacto para a maioria dos pacientes, o qual pode ou não encaminhar o indivíduo para especialistas. (NHS, 2021; Anderson et. al., 2022)

Em 2019, foi definido o Plano de Longo Prazo do NHS, onde foram estabelecidas normas para que todos os sistemas de cuidados fossem integrados. A pandemia Covid-19 possibilitou que o objetivo fosse alcançado com maior rapidez, devido à pressão do tempo em atender todos os pacientes possíveis. Em 2021, foi confirmado que Inglaterra estava num sistema completamento integrado de cuidados, onde os *Clinical Commissioning Groups* foram substituídos por *Integrated Care Systems*, dando apoio a uma região populacional entre um a três milhões de pessoas. Já na Escócia, um dos objetivos consiste na partilha de responsabilidades nos cuidados de saúde e assistência social, nomeadamente com *os Integrated Joint Boards.* (NHS, 2021; Anderson et. al., 2022)

Segundo o *Health System Summary*, baseado no *United Kingdom: Health System Review* (HiT), o sistema primário do Reino Unido apresenta elevados níveis de qualidade, prestando cuidados de saúde contínuos e integrados. As novas tecnologias têm dominado os serviços, sendo usado com frequência um sistema híbrido entre consultas *online* e presenciais, de acordo com as necessidades dos pacientes. (Anderson et. al., 2022)

Relativamente à satisfação dos pacientes, são apresentadas conclusões bastante positivas no tocante ao NHS, devido à qualidade dos serviços prestados e ao bom funcionamento do sistema de saúde. Complementarmente, segundo o *Commonwealth Fund*, o Reino Unido tem estado no *ranking* dos países onde o sistema de saúde apresenta uma enorme eficiência, sendo um dos fatores deste acontecimento, os níveis de despesa per capita relativamente ao Produto Interno Bruto, serem baixos e devido ao sistema baseado na tributação geral. Por outro lado, em estudos recentes, o Reino Unido tem-se destacado por altos níveis de necessidade não atendida de exames médicos, em virtude do custo, do tempo de espera ou das distâncias de deslocação. (Commonwealthfund, 2019; Anderson et. al., 2022)

O segundo exemplo, a Finlândia, onde os serviços são principalmente públicos, financiados pelo Estado e estão divididos em vinte e dois condados de serviço de bem-estar, designadamente *Well-being Service Countries*, WBSC, e o atendimento hospitalar estabelece-se por hospitais distritais, centrais, universitários e, ainda, alguns hospitais privados especializados em determinadas áreas. Os serviços estão organizados em cuidados de saúde primários, geralmente oferecidos em centros de saúde e serviços sociais, e em cuidados especializados, prestados normalmente em hospitais. Cada condado gere de forma independente, mediante a legislação imposta, por isso os serviços são relativamente diferentes em cada condado, realçando-se a sua

descentralização. Relativamente ao setor privado, este possui uma considerável influência nos serviços sociais e de saúde, oferecendo tanto cuidados primários, como especializados. (EU-Healthcare.fi, 2023; Tynkkynen et. al., 2023)

Adicionalmente, na Finlândia, as novas tecnologias também começam a fazer parte do quotidiano da prestação de serviços de saúde, através de aplicações de auxílio para os pacientes. (Tynkkynen et. al., 2023)

Na perspetiva do paciente, o processo ao longo do serviço de saúde realiza-se consoante uma primeira avaliação de um médico e, de seguida, encaminham-no, ou não, para o tratamento especializado, de acordo com as suas necessidades, não podendo tomar a decisão se é tratado nos cuidados de saúde primários ou especializados. O paciente apenas pode decidir o centro de saúde. (EU-Healthcare.fi, 2023; Tynkkynen et. al., 2023)

O sistema de saúde finlandês pode ser caracterizado como eficiente e a prestação de serviços de saúde primários funcionam de forma adequada, oferecendo diversos apoios. No entanto, o sistema possui algumas falhas no correspondente à descentralização das operações, tornando difícil gerir os recursos existentes. Contudo, em 2023 era previsto uma enorme reforma a nível da estrutura dos serviços de saúde, onde o objetivo consistia em centralizar os serviços e as responsabilidades, de forma a tornar a organização e desempenho do sistema de saúde menos complexo. (Tynkkynen et. al., 2023)

Resumindo, torna-se crucial compreender, como os países europeus atuam e aplicam os seus métodos de cuidados integrados de saúde, como exemplo do que pode ser melhorado, alterado ou permanecer de igual modo, no conforme do sistema de saúde português.

III. Metodologia

O presente estudo apresenta como objetivo avaliar o modelo de integração vertical de cuidados de saúde em Portugal, intitulado Unidades Locais de Saúde, na perspetiva do paciente.

Nesse sentido, os objetivos específicos caracterizam-se pelo apuramento do panorama atual das Unidades Locais de Saúde, analisando a pertinência de avançar com o modelo a nível nacional, a partir da opinião de profissionais e dos indicadores relativos à acessibilidade e ao desempenho do modelo no ano de 2023, nomeadamente a percentagem de inscritos em cuidados de saúde primários, a percentagem de inscritos em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC) dentro e fora do tempo máximo de resposta garantida (TMRG), a percentagem de atendimentos em serviço de urgência – triagem de Manchester, a atividade operacional mensal do SNS24 e o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

O método utilizado para alcançar os objetivos pretendidos foi a metodologia mista, recorrendo-se a investigação qualitativa e quantitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde, visando obter *insights* relativos à realidade do quotidiano das Unidades Locais de Saúde, e de indicadores que permitem analisar e comparar a atividade das ULS com a média a nível nacional obtendo, deste modo, uma análise objetiva, assegurando a veracidade do estudo.

3.1. Investigação Qualitativa

O estudo foi baseado, como já referido, em dois tipos de investigação, sendo uma delas a investigação qualitativa, com entrevistas semiestruturadas. Este tipo de investigação pretende alcançar conhecimentos valiosos a partir da resposta dos participantes, aprendendo e obtendo informação que, de outra forma, não seria possível. Segundo Creswell (2009), outra vantagem da investigação qualitativa consiste no facto de ser um método exploratório, em que não existem muitos estudos sobre o tema e assim, compreender o ponto de vista dos participantes.

As entrevistas semiestruturadas caracterizam-se, também, pela presença de um guião orientador da entrevista entre o investigar e o participante, onde o rumo da entrevista segue conforme o conteúdo que o investigador pretende explorar, sendo fundamental o recurso a perguntas fechadas e perguntas abertas, com margem para o participante desenvolver a sua experiência e o seu conhecimento. (Minayo, 2018) Segundo Flick (2006), as entrevistas semiestruturadas dão abertura para aprofundar um tema, que seria difícil de alcançar em contexto de questões padronizadas, como é o caso dos questionários. De reforçar, que o guião

das entrevistas possuí tópicos principais e com o decorrer da sessão, surgem temas, que o investigador considera relevante explorar e aprofundar, colocando questões consoante o participante e a situação em questão (Manzini, 1990/1991, p. 154; Lindlof & Taylor, 2002)

Tendo em consideração que existem perguntas abertas e fechadas, torna-se essencial distinguir a informação quantitativa, da informação subjetiva, relativamente a ideias e opiniões. (Minayo, 2018) Além disso, este género de entrevistas, permite obter detalhes acerca das situações sociais que ocorrem nas ULS. (Triviños, 1987).

3.1.1. Participantes

A seleção dos participantes para as entrevistas semiestruturadas recai sobre o método de amostragem por conveniência. Este método distingue-se pela escolha não aleatória dos participantes, sendo selecionados mediante a sua acessibilidade, disponibilidade e rapidez. Esta escolha deveu-se ao facto do tempo limitado da investigação e da disponibilidade dos participantes em colaborar na investigação. (Cozby & Bates, 2012)

A escolha dos participantes foca-se em profissionais de saúde e não em utentes, devido à dificuldade em entrevistar indivíduos, que tenham recorrido a cuidados de saúde, em uma região abrangida por ULS e outra região não abrangida, ou mesmo terem noção do antes e do depois da implementação do modelo numa dada zona, limitando, assim, os conhecimentos acerca do tema. Por esse motivo, foi decidido entrevistar profissionais de saúde com experiência.

Posto isto, o estudo debruçou-se na realização de cinco entrevistas semiestruturadas a profissionais e gestores que trabalham ou que são partes interessadas na gestão das Unidades Locais de Saúde, com experiência na área e que pudessem acrescentar valor ao estudo. Assim sendo, tentou-se aferir a opinião dos profissionais de saúde sobre as ULS e compreender o funcionamento, relativamente à experiência do utente e à gestão aplicada. De salientar, o facto de terem sido entrevistados profissionais que laboram em ULS já existentes, designadamente, antes de 2024, bem como após a implementação da nova reforma na saúde, com o intuito de obter uma visão mais abrangente do cenário descrito em Portugal.

3.1.2. Guião das Entrevistas

O guião das entrevistas foi desenvolvido com base na revisão de literatura e em alguns dos temas, onde a informação disponível apenas contemplava o que se seria expectável acontecer,

referindo-se apenas à teoria e nada explorava a nível prático. Assim sendo, o guião das entrevistas foi dividido em duas partes.

A primeira parte denomina-se "Fase Preparatória", onde o investigador e o participante se apresentam, o investigador realiza uma breve apresentação do tema e relembra o consentimento informado, bem como a gravação da entrevista.

Já a segunda parte compreende-se em quatro sub-divisões e intitula-se "Fase de Desenvolvimento". A primeira sub-divisão foca-se na experiência do utente nas ULS, como por exemplo "O paciente entra por onde? Pelo centro de saúde?"; "O doente nunca vai ao hospital diretamente?"; "Como é encaminhado para o hospital quando necessário? O doente perde-se nesse encaminhamento?".

A segunda sub-divisão direciona-se para a área da gestão, numa tentativa de compreender a gestão centralizada, uma das principais características do modelo das ULS. As perguntas regem-se por "Como são organizados os serviços e como se interligam?"; "Existe excesso de volume de trabalho? Se sim, em que sentido?"; "A gestão centralizada resulta bem?"; "Em relação às instalações, são adequadas?", entre outras.

A terceira e a quarta sub-divisões inclinam-se para o fecho da entrevista, com a síntese do conteúdo retirado da entrevista e com espaço para esclarecimentos de dúvidas.

3.1.3. Realização das Entrevistas

As entrevistas foram realizadas em formato *online*, via *Zoom*, com duração aproximada de 30 minutos, chegando duas entrevistas a alcançar 60 minutos. A realização das mesmas ocorreu, entre o período de Março a Maio de 2024. De realçar, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, como auxílio na apresentação e discussão dos dados.

3.1.4. Método de análise dos dados

A técnica de análise utilizada para analisar as entrevistas semiestruturadas foi o modelo de Gioia. O método em questão consiste em agrupar o conteúdo das entrevistas em dimensões de primeira e segunda ordem, compreendendo quais os pontos em comum de cada entrevista, com o intuito de chegar a conclusões mais claras e objetivas. (Gioia et al., 2013)

A análise permite que os dados sejam analisados de forma detalhada e com profundidade para alcançar o objetivo pretendido, com credibilidade. Além disso, tendo sempre em consideração a revisão de literatura realizada, como forma de articular toda a informação e conceitos.

3.2. Investigação Quantitativa

O método de recolha de dados para a investigação quantitativa assentou na pesquisa documental. Este processo caracteriza-se por serem dados sem qualquer tratamento analítico ou que porventura possam ser adaptados consoante as necessidades do estudo. Estes dados apresentam vantagem no tocante à habilidade de recolher dados em grandes quantidades, evitando o atraso do estudo no levantamento dos mesmos e a dificuldade em averiguar todos os dados em questão. (Gil, 2008)

Assim sendo, foram recolhidos dados sobre cinco indicadores diferentes, designadamente, sobre acessibilidade e desempenho. Os indicadores foram retirados do portal de Transparência do Serviço Nacional de Saúde. Este *site* permite concentrar informação de sistemas de informação do SNS, permitindo consultar e reutilizar esses dados, de forma autónoma, sem necessidade de autorização. (SNS Transparência, 2024)

Os indicadores foram analisados no ano de 2023, comparando dados relativos à média nacional com as oito ULS já existentes antes da nova reforma, mais propriamente, as ULS de Matosinhos, do Norte Alentejo, do Litoral Alentejo, do Baixo Alentejo, da Guarda, do Alto Minho, de Castelo Branco e do Nordeste; com a média nacional.

Posto isto, o método utilizado para análise dos dados prendeu-se com a medida de tendência central, a média, e a comparação entre as próprias ULS e entre a média nacional e as ULS. De destacar que, como auxílio na visualização das comparações recorreu-se a gráficos de barras horizontal e vertical.

IV. Apresentação dos Resultados

4.1. Caracterização dos Participantes

As entrevistas realizadas contaram com a participação de cinco profissionais, os quais faziam, e ainda fazem, parte de Unidades Locais de Saúde pelo país e com experiência profissional igual ou superior a dez anos, para fornecer conhecimento sobre a matéria do estudo em causa. Na tabela 1 apresenta-se a caracterização da amostra dos entrevistados.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes, n=5

Variável	Categoria	n	%
Género	Feminino	2	40%
	Masculino	3	60%
Formação	Ciências Farmacêuticas	1	20%
	Área financeira e de gestão	2	40%
	Enfermagem	1	20%
	Medicina	1	20%
Anos de Experiência Profissional	10 a 15 anos	1	20%
	16 a 20 anos	2	40%
	19 a 30 anos	2	40%
ULS a que pertencem	Antes de 2024	3	60%
	Depois de 2024	2	40%

A amostra divide-se em 40% de entrevistas pelo género feminino e em 60% pelo masculino. Já em relação à formação de base dos profissionais, 2 participantes laboram na área financeira e de gestão e 3 trabalham na parte ligada diretamente com a saúde, nomeadamente, farmácia, medicina e enfermagem. (Ver tabela 1)

A grande maioria (n=4, 80%) dos entrevistados têm mais de 16 anos de experiência profissional, na área da saúde ou da gestão de serviços de saúde. (Ver tabela 1)

De realçar que 2 dos participantes trabalham na mesma ULS, sendo a mesma criada antes de 2024, no entanto os entrevistados laboram em áreas diferentes.

4.2. Resultado das entrevistas

Após a transcrição integral das entrevistas, realizou-se a análise, com detalhe, das respostas dadas, tentando perceber as ideias-chave, bem como as ideias comuns entre os profissionais. Nesta conformidade, procedeu-se ao desenvolvimento do Modelo de Gioia.

Primeiramente, foram agrupadas as ideias comuns em conceitos de 1º ordem, encaminhando-se em temas de 2ª ordem e, por fim, guiando-se em dimensões agregadas. (Ver Tabela 2)

Tabela 2 - Modelo de Gioia

Primeira Ordem (Conceitos)	Segunda Ordem (Temas)	Dimensões agregadas
Processo abrupto para ULS	Implementação	Processo
Processo de adaptação para ULS prolongado	Organização	
Necessidade de recursos humanos, com especial atenção para médicos de família		
Diversidade de sistemas informáticos	Segurança	Qualidade na Saúde
Local de armazenamento inapropriado	Risco	
Longa espera para marcação e realização de consultas		
Apoio do SAC – Serviço de Atendimento Complementar	Comunicação e Coordenação	Eficiência dos Serviços
Eficiência na comunicação entre profissionais de cuidados de saúde primários e hospitalares		
Facilidade de referenciação de utentes e de internalização de exames entre unidades de cuidados de saúde hospitalares e primários	Acessibilidade e Integração de Serviços	
Regime de complementaridade entre Hospital e Centro de Saúde		
Utilização do SNS24, por parte dos utentes		
Sobrelotação do Serviço de Urgências		

4.2.1. Processo

Na dimensão agregada associada ao "Processo", os temas de segunda ordem foram identificados como "Implementação" e "Organização", derivados dos conceitos, "Processo abrupto para ULS", "Processo de adaptação para ULS prolongado" e "Necessidade de recursos humanos, com especial atenção para médicos de família". (Ver Tabela 2)

Os conceitos foram identificados a partir de declarações dos entrevistados.

Conceito: Processo abrupto para ULS

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 1: "Eu acho que é uma boa solução, eu sou uma defensora das ULS, mas acho que foi tudo feito em cima do joelho.";
- Entrevistado 2: "Foi tudo muito junto, falhou em muitos casos.".

Conceito: Processo de adaptação para ULS prolongado

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 1: "(…), não se vai, provavelmente, resolver este ano.";
- Entrevistado 2: "Não sei se até ao final do ano está tudo normalizado.";
- Entrevistado 4: "Num mundo perfeito, sim, seria proveitoso para todos, doentes e profissionais, mas se algum dia lá chegarmos, esse dia está longe, sem sombra de dúvida. E acho que há problemas primários que têm de ser resolvidos e não vão ser resolvidos assim tão facilmente. (…) Como é que eu hei de explicar, até agora a mudança foi zero, pelo menos no serviço em que eu estou nada aconteceu.".

Conceito: Necessidade de recursos humanos, com especial atenção para médicos de família

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 3: "Tendencialmente, um médico de família tem (…) um conjunto vastíssimo de centenas e, às vezes, milhares de utentes que estão na sua carteira e se queremos marcar uma consulta no centro de saúde, não temos para o dia a seguir, tão pouco para a semana a seguir, às vezes, é no mês seguinte, ou é passado dois meses e (…) as pessoas não querem sequer estar à espera dessa avaliação durante tanto tempo ou porque está com dores ou está com receio que a situação se agrave e por isso, (…) eu acho que é mesmo esse receio que leva muitas pessoas a ir às urgências.";

- Entrevistado 4: “As pessoas dizem “eu não tenho centro de saúde, não tenho médico de família, a enfermeira vem duas vezes por semana”, é uma realidade que não temos noção. E um médico de família que se reformou e tivemos cerca de meio ano há espera (…)”;
- Entrevistado 5: “Relativamente ao médico de família houve uma necessidade de ajustar o número de consultas disponíveis para a procura do dia-a-dia”.

4.2.2. Qualidade na Saúde

Relativamente à dimensão agregada referente à “Qualidade na Saúde”, os temas de segunda ordem refletiram-se em “Segurança” e “Risco”, os quais se concluíram a partir dos conceitos de “Diversidade de sistemas informáticos”, “Local de armazenamento inapropriado” e “Longa espera para marcação e realização de consultas”. (Ver Tabela 2)

Estes conceitos advêm de citações dos participantes.

Conceito: Diversidade de sistemas informáticos

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 1: “Eu acho que há muito a melhorar, (…) temos de explorar muito o Registo Nacional do Utente.”;
- Entrevistado 2: “Temos de fazer o registo em várias plataformas, é muito redundante, a rede de informação que fazem (…), pedem imensa coisa e as pessoas dizem que estão a fazer a mesma coisa em diversos sítios.”;
- Entrevistado 4: Os centros de saúde “(…) têm sistemas informáticos diferentes, mas alguma informação passa.”;
- Entrevistado 5: “(…), estamos a caminhar nesse sentido, não é fácil alterar essencialmente as informáticas para que consigam adaptar-se a esta novidade das ULS.”.

Conceito: Local de armazenamento inapropriado

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 1: “(…) os hospitais que começaram agora a ser ULS precisam de muitos recursos humanos e acima de tudo, um local de armazenamento. Por exemplo, vacinas, precisam de uma câmara frigorífica. Um hospital que não sabia que ia ser ULS, tem uma câmara frigorífica?”;
- Entrevistado 2: “(…), porque é preciso gestão para a viatura, espaço e pessoal” para logística de armazenamento.”.

Conceito: Longa espera para marcação e realização de consultas

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 3: "(…), muitos utentes continuam a aceder à urgência que são triados (…), tendencialmente não são situações urgentes ou emergente, depois têm de aguardar, por vezes, uma série de horas, (…) e como temos recursos humanos escassos, têm de ser priorizado esses casos, mas ainda assim, tenho ideia que o utente prefere esperar e vir com um diagnóstico (…), não faça as pessoas perderem meses à espera de consulta (…) quando vão ao centro de saúde (…)";
- Entrevistado 4: "O utente vai e tem aquela chamada, consulta aberta, em que já está saturada de doentes que não têm médico de família e depois há as duas vertentes, ou vai ao privado ou então vai parar ao hospital e se não for algo grave vai esperar horas, espera e desiste.".

4.2.3. Eficiência dos serviços

Por último, a dimensão agregada relativa à "Eficiência dos Serviços". Esta dimensão torna-se derivada da "Comunicação e Coordenação" e "Acessibilidade e Integração de Serviços", temas que advieram dos conceitos "Apoio do SAC – Serviço de Atendimento Complementar"; "Eficiência na comunicação entre profissionais de cuidados de saúde primários e hospitalares", "Facilidade de referenciação de utentes e de internalização de exames entre unidades de cuidados de saúde hospitalares e primários", "Regime de complementaridade entre Hospital e Centro de Saúde", "Utilização do SNS24, por parte dos utentes" e "Sobrelotação do Serviço de Urgências". (Ver Tabela 2)

Os conceitos de Primeira Ordem são originados a partir de referências mencionadas pelos participantes.

Conceito: Apoio do SAC – Serviço de Atendimento Complementar

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 1: "Nós conseguimos tirar muitos utentes das urgências que não são urgentes e fazer um atendimento ali no SAC.";
- Entrevistado 5: "(…), houve necessidade de ter dois SAC. Os cuidados de saúde primários organizaram-se de forma a ter lá dois profissionais aos fins de semana e feriados das 8h às 20h para que, também o SNS24, encaminhe os doentes, no próprio dia ou no dia seguinte.".

Conceito: Eficiência na comunicação entre profissionais de cuidados de saúde primários e hospitalares

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 1: "Eu acho que (a comunicação) funciona bem, no entanto os médicos dos cuidados de saúde primários não estão muito habituados a ter um hospital acima, (…) a comunicação entre os enfermeiros funciona muito bem, mas os médicos não estão habituados a ter alguém que diga atenção que vocês não podem fazer isto (…), mas acho que é mais falta de informação.";
- Entrevistado 5: "Nota-se que há uma melhoria (…), os sistemas de comunicação estão a adaptar-se para que seja, de alguma forma, um processo único (…), permitindo que os médicos consigam contactar diretamente com os médicos dos cuidados de saúde hospitalares, que antes não existiam. (…) Digamos que, muitas vezes, havia um empurrar de um lado para o outro e agora temos melhores canais (…).".

Conceito: Facilidade de referenciação de utentes e de internalização de exames entre unidades de cuidados de saúde hospitalares e primários

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 1: "Outra vantagem (das ULS) é, por exemplo, ser muito fácil a referenciação dos doentes dos cuidados primários para o hospital.";
- Entrevistado 2: "Tem vantagens em fazer tudo cá dentro, no caso de análises, tudo o que seja meios complementares de diagnóstico, seja recolhas de sangues, análises clínicas, seja o que dá mais trabalho, a parte da imagiologia. Estiveram a trabalhar, desde ontem para trás, que fizeram todos os dias até à meia noite, fins de semana, 24 horas, para dar resposta.";
- Entrevistado 5: "Já (…) estamos a instituir um sistema de internalização, ou seja, os doentes nessas unidades têm de fazer Raio-x e vamos procurar que eles façam aqui e tenham um resultado imediato aqui.".

Conceito: Regime de complementaridade entre Hospital e Centro de Saúde

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 2: "É difícil explicar que as instituições que operam no SNS não vivem num regime de concorrência, somos todos do mesmo acionista.";

- Entrevistado 5: “Estamos agora a trabalhar como um todo e não cada um a olhar para os seus utentes que na realidade são os mesmos, (…) seja como cuidados de saúde hospitalares e primários. (…) As pessoas têm de começar a ter o sentimento de pertença de ULS e não de hospital e cuidados de saúde primários.”.

Conceito: Utilização do SNS24, por parte dos utentes

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 3: “(…), os utentes podem fazer a sua porta de entrada antes até de se dirigirem à instituição, através da linha de saúde 24 e que por aí é logo feito uma pré triagem, com base naquilo que o utente/doente relata a quem está do outro lado da linha, para poder encaminhar ou não, esse doente para algum nível de cuidado.”;
- Entrevistado 5: “Houve uma mudança de metodologia em que os doentes devem sistematicamente ligar automaticamente para o SNS24. Qualquer doente que tenha um problema deve ligar, esteja em casa, carro, etc. (…). Nota-se uma redução nos serviços de urgência A (…). O que me parece é que com este incentivo de utilização do SNS24 aumentou-se o universo de pessoas que contactam, que antigamente não contactariam (…)”.

Conceito: Sobrelotação do Serviço de Urgências

Declarações dos entrevistados:

- Entrevistado 3: “Acabamos por ter os serviços de urgência, não tendencialmente a tratar só os casos mais urgente e emergentes, mas a tratar de muitos outros casos que poderiam ser tratados por outro nível de cuidados. (…) ao chegar ao hospital têm (…) equipamentos e profissionais especialistas, que podem diagnosticar o problema da pessoa e podem prescrever logo à terapêutica adequada, coisa que nem sempre o médico de família tem capacidade para o fazer, a pessoa recorre logo às urgências hospitalares.”;
- Entrevistado 4: “(…) não há um percurso e acompanhamento pelo médico de família e, muitos vezes, é o hospital do serviço de urgência quando precisam, (…). Muitas vezes, a urgência está caótica precisamente por isso, porque muitos utentes recorrem porque não tem mais nenhum sítio para recorrer e infelizmente (…) estamos cada vez mais saturados de casos sociais.”;
- Entrevistado 5: “(…), porque para nós um doente verde devia ser avaliado nos cuidados de saúde primários, não é uma situação de urgência ou emergência.”.

4.3. Caracterização da Amostra - Indicadores

As Unidades Locais de Saúde existentes antes da nova reforma da saúde distribuíam-se por Portugal na região Norte, com três ULS, na região Centro, com duas e na região do Alentejo, com três. Na região de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve, até então, não possuíam nenhuma ULS. (Ver tabela 3 e figura 2)

Tabela 3 - Distribuição ULS por Regiões

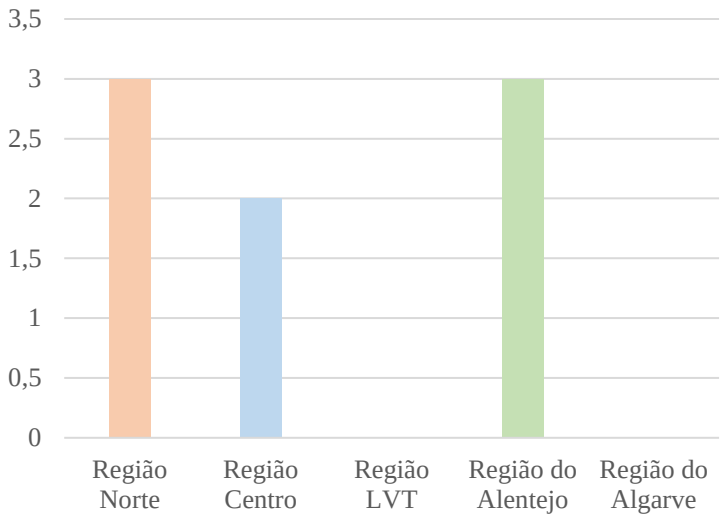
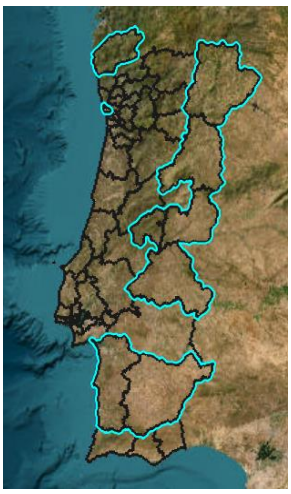


Figura 2 - Regiões de PT abrangidas por ULS



De salientar que, as oito ULS correspondem, cada uma, a um Agrupamento de Centros de Saúde. Neste sentido, foi desenvolvida uma tabela das ULS e o seu ACES correspondente. No entanto, para facilitar a análise dos resultados, ao longo das tabelas desenvolvidas para averiguar os indicadores, o nome dos ACES foi substituído pelo nome da ULS. (Ver tabela 4)

Tabela 4 - Relação entre ULS e ACES

ULS	Aces a que pertence
ULS Matosinhos	ACES Matosinhos
ULS Alto Minho	ACES Alto Minho
ULS Nordeste	ACES Nordeste
ULS Guarda	ACES Guarda
ULS Castelo Branco	ACES Beira Interior Sul
	ACES Pinhal Interior Sul
ULS Norte Alentejo	ACES São Mamede
ULS Litoral Alentejano	ACES Alentejo Litoral
ULS Baixo Alentejo	ACES Baixo Alentejo

Fonte: SNS[13]

4.4. Resultado dos Indicadores

O primeiro indicador analisa os dados dos utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários no final de Dezembro de 2023, fornecendo informação relativa à percentagem de utentes com e sem médico de família associados, nos diferentes ACES que pertencem à respetiva ULS, bem como a média de Portugal, sendo esta uma referência de comparação. Este indicador vem ao encontro da ideia desenvolvida pelos entrevistados, relativamente à "Necessidade de recursos humanos, com especial atenção para médicos de família". (Ver tabela 5 e gráfico 1)

A partir dos dados disponíveis pelo SNS Transparência, a média dos ACES em Portugal, no que concerne ao indicador em estudo, regista o valor de 83,47% de utentes com médico de família associado. Perante a média do país, torna-se possível compreender que na região do Alentejo, todos os ACES apresentam um valor abaixo da média, com destaque para o ACES do Litoral Alentejano, com apenas 75,65%, ou seja, quase um quarto de utentes inscritos não possui um MdF atribuído. Acrescentando, o ACES de Castelo Branco, com um valor igualmente abaixo da média, de 77,10%. Relativamente à região Norte, esta destaca-se pela positiva, demonstrando valores acima dos 90%, com especial atenção para o ACES de Matosinhos, com 97,90% e o do Alto Minho, com 97,01%. De referir, a percentagem de utentes sem MdF atribuído por opção torna-se insignificante, devido aos valores bastante inferiores. (Ver tabela 5)

[13] www.sns.gov.pt/- Acedido a 1 de Julho de 2024

O Gráfico 1 permite visualizar a diferença entre os ACES face a média de Portugal. De cor verde, a percentagem com MdF atribuído, a laranja sem Mdf atribuído e a azul sem MdF atribuído por opção, com cores mais fortes para os valores da média nacional, de forma a destacar-se. O gráfico reforça a ideia de que metade dos ACES está acima da média e a outra metade apresenta valores inferiores.

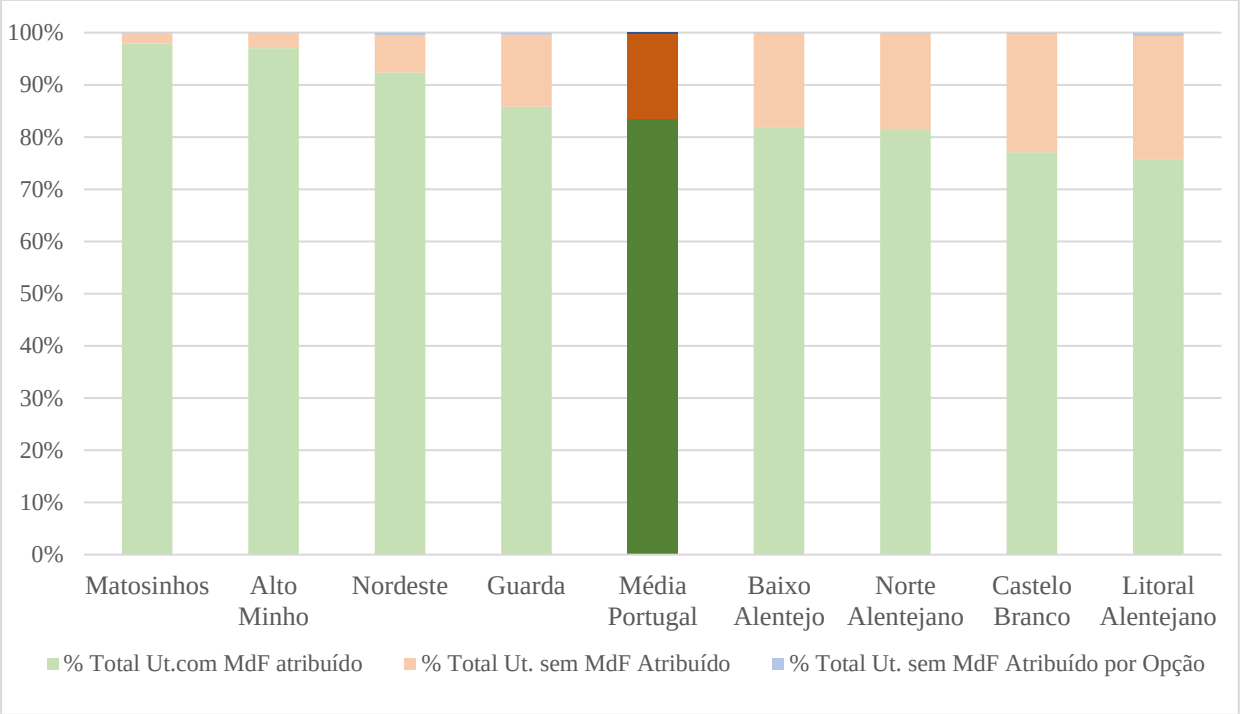
Tabela 5 - Utentes Inscritos em CSP no final do mês de Dez. de 2023

Região	ACES	Utentes Inscritos CSP	Total Ut. c/ MdF atribuído	% Ut. c/ MdF Atribuído	Total Ut. s/ MdF Atribuído	% Ut. s/ MdF Atribuído	Total Ut. s/ MdF Atrib. por Opção	% Ut. s/ MdF Atrib. por Opção
Norte	Matosinhos	176.760	173.040	97,90%	3.625	2,05%	95	0,05%
	Alto Minho	250.238	242.758	97,01%	7.441	2,97%	39	0,02%
	Nordeste	128.760	118.956	92,39%	9.174	7,12%	630	0,49%
Centro	Guarda	145.238	124.599	85,79%	20.078	13,82%	561	0,39%
	Castelo Branco	53487,5	43428	77,10%	9924	22,73%	135,5	0,18%
Alentejo	Norte Alentejano	114.518	93.342	81,51%	20.995	18,33%	181	0,16%
	Litoral Alentejano	105.274	79.644	75,65%	24.965	23,71%	665	0,63%
	Baixo Alentejo	122.434	100.134	81,79%	22.151	18,09%	149	0,12%
Média Portugal		10.570.863	8.823.935	83,47%	1.724.859	16,32%	22.069	0,21%

Fonte: SNS Transparência[14]

[14] https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/table/?flg=pt-pt&disjunctive.ars&disjunctive.aces&sort=periodo – Acedido a 1 de Julho de 2024

Gráfico 1 - Utentes Inscritos em CSP em Dez. de 2023



Relativamente à "Longa espera para marcação e realização de consultas" citada pelos entrevistados, a partir dos dados disponíveis no SNS Transparência, torna-se possível examinar para o ano de 2023, a percentagem de utentes inscritos em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) para 180 dias, após a indicação cirúrgica, sendo este valor indicado para uma cirurgia programada, com prioridade "nível 1 - geral". De referir, o TMRG, segundo o SNS24, são os tempos previstos, ao nível clínico, de resposta, de modo que o utente não seja prejudicado, garantido aos utentes, o acesso à prestação de cuidados de saúde. (SNS24, Out. 2023)

Deste modo, a média de Portugal na proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG é de 76,48%, ou seja, cerca de 1 em cada 4 inscritos em LIC está fora do TMRG. A partir do gráfico 2, com a cor verde, a percentagem de inscritos em LIC dentro do TMRG e a laranja, fora do TMRG, estando a média do país destacada com cores mais marcantes. Constata-se que a maioria das ULS apresentam valores acima da média, à exceção do Norte Alentejano destacando-se, mais uma vez, pela negativa, com 69,25% e da ULS da Guarda, com 70,31%. Desta forma, as percentagens de inscritos fora do TMRG das ULS, são de 29,69% e 30,75%, respetivamente, sendo estes números bastante preocupantes. (Tabela 6 e Gráfico 2)

Já as ULS com melhores resultados, ressaltam a ULS de Castelo Branco (92,28%), a do Litoral Alentejano (90%) e a do Baixo Alentejo (90,93%). A região Norte, neste indicador, não

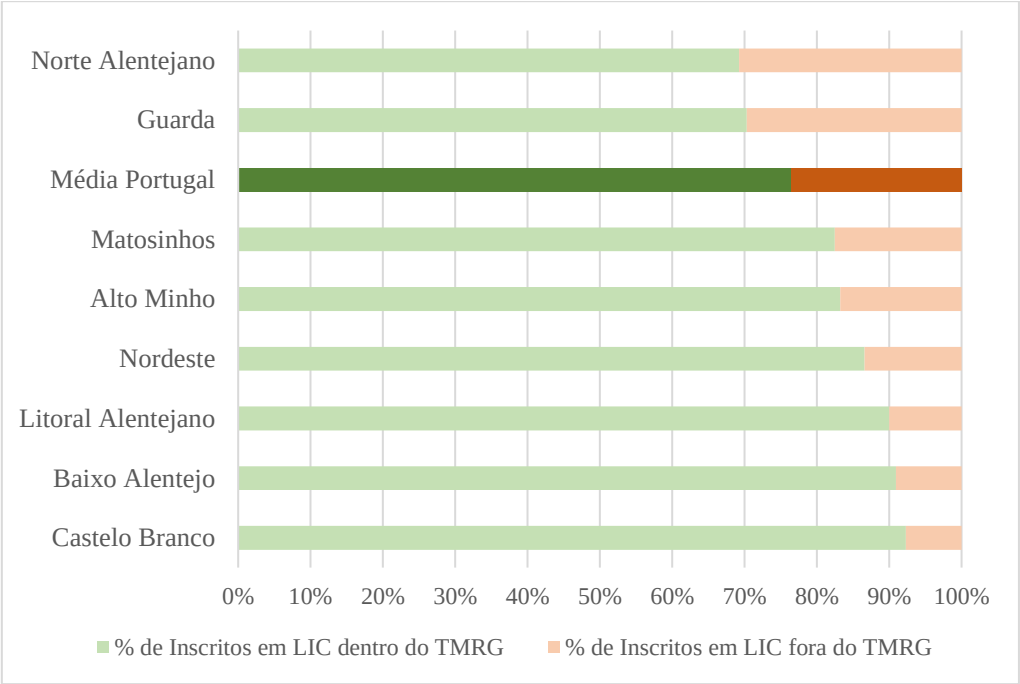
se sobressaiu, no entanto, apresentou valores acima da média, entre os 82% e os 86%. (Ver tabela 6 e gráfico 2)

Tabela 6 - Inscritos em LIC dentro e fora do TMRG (180 dias) em 2023

Região	ULS	% de Inscritos em LIC dentro do TMRG	% de Inscritos em LIC fora do TMRG
Norte	Matosinhos	82,48%	17,53%
	Alto Minho	83,21%	16,79%
	Nordeste	86,58%	13,43%
Centro	Guarda	70,31%	29,69%
	Castelo Branco	92,28%	7,72%
Alentejo	Norte Alentejano	69,25%	30,75%
	Litoral Alentejano	90%	10%
	Baixo Alentejo	90,93%	9,08%
Média Portugal		76,48%	23,52%

Fonte: SNS Transparência[15]

Gráfico 2 - Inscritos em LIC dentro e fora do TMRG em 2023



[15] https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/inscritos-em-lic-dentro-do-tmrg-180-dias/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo - Acedido a 1 de Julho de 2024

Um dos problemas referido e reforçado pelos participantes foi a "Sobrelotação do Serviço de Urgências". Nesse sentido foi investigado o tema e analisada a tabela 8, onde consta a percentagem de atendimentos em Serviços de Urgência (SU) classificados pela Triagem de Manchester por diferentes cores, bem como dos atendimentos não triados, no ano de 2023. A tabela 7 reflete a classificação baseada na triagem de Manchester e a sua cor atribuída.

Tabela 7 - Triagem de Manchester

Cor	Classificação
Vermelha	Emergência
Laranja	Muito Urgente
Amarela	Urgente
Verde	Pouco Urgente
Azul	Não Urgente
Branca	Atendimento Programado

Fonte: Grupo Português de Triagem[16]

A nível global, na tabela 8, no que concerne aos atendimentos emergentes e muito urgentes (Vermelha e Laranja), a percentagem nacional é de 0,32% e 10,08%, respetivamente. A ULS de Matosinhos revela uma percentagem de 0,32% e de 13,91%, sendo a que demonstra a maior percentagem de atendimentos muito urgente. A ULS da Guarda possui o valor mais elevado, embora ligeiro, do atendimento emergente (Vermelha), de 0,35%.

No que diz respeito ao atendimento urgente (Amarela), a média em Portugal consiste em 44,04%. Nesta variável, a maioria das ULS ultrapassa a média nacional, com exceção do Norte Alentejano (43,41%) e o Litoral Alentejano (21,03%). (Ver tabela 8)

Torna-se importante destacar que, quanto à percentagem de atendimentos pouco urgentes (Verde), não urgentes (Azul) e programados (Branco), as ULS Norte e Litoral Alentejano, com 46,75% e 23,52%, correspondentemente, são as únicas ULS que apresentam um valor superior aos atendimentos urgentes (Amarelos), 43,41% e 21,03%. Este é um fator preocupante, uma vez que não deveriam existir casos com pulseiras de cor inferior às amarelas, muito menos superiores à mesma. (Ver tabela 8)

[16] www.grupoportuguestriagem.pt/ - Acedido no dia 1 de Julho de 2024

O Gráfico 3 permite compreender, de uma forma visual, as diferenças entre as ULS em comparação com a média em Portugal, estando esta num tom laranja mais representativo. O gráfico reflete a percentagem de atendimentos classificados na cor verde, azul e branca, casos estes que poderiam ser atendidos fora do serviço de urgência, como por exemplo, nos cuidados de saúde primários. (Ver gráfico 3)

Nestes moldes, existe uma clara distribuição, mais uma vez, de metade das ULS abaixo da média nacional e a restante metade acima da mesma. De ressaltar a ULS Nordeste que se destacou tanto nos indicadores anteriores, como neste, pela positiva. Por outro lado, de salientar a ULS do Norte Alentejano, porém de forma negativa, em todos os indicadores. (Ver tabela 8 e gráfico 3)

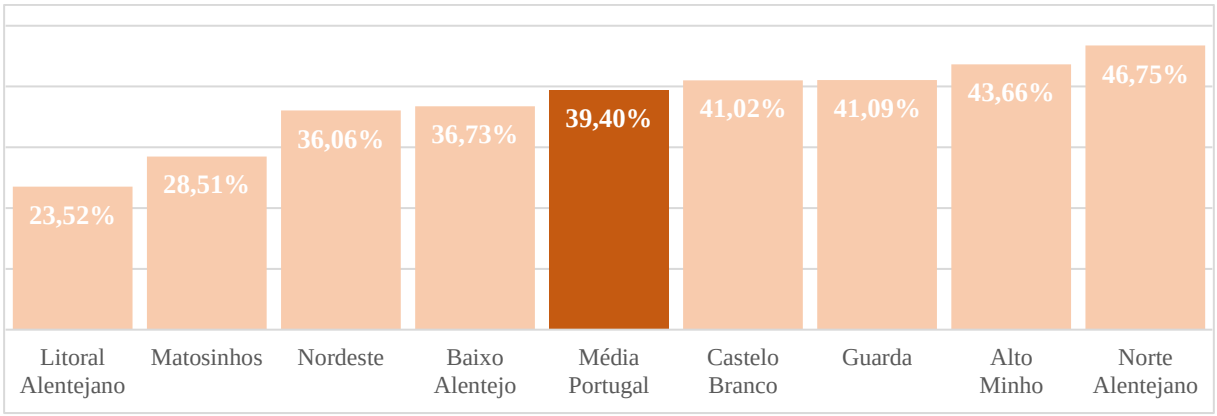
Tabela 8 - Atendimentos em Serviço de Urgência - Triagem Manchester - 2023

Região	ULS	% Atend.-Vermelha	% Atend.-Laranja	% Atend.-Amarela	% Atend.-Verde	% Atend.-Azul	% Atend.-Branca	% Atend. s\Triagem Manches.	% Atend.-Verdes, Azuis e Brancos
Norte	Matosinhos	0,32%	13,91%	46,73%	25,31%	1,59%	1,60%	10,54%	28,51%
	Alto Minho	0,29%	8,73%	47,23%	41,65%	0,57%	1,43%	0,09%	43,66%
	Nordeste	0,28%	7,75%	55,65%	31,08%	0,91%	4,07%	0,26%	36,06%
Centro	Guarda	0,35%	8,76%	49,67%	36,66%	2,35%	2,08%	0,12%	41,09%
	Castelo Branco	0,26%	6,86%	51,72%	36,95%	1,64%	2,43%	0,15%	41,02%
Alentejo	Norte Alentejano	0,26%	9,54%	43,41%	43,26%	0,81%	2,67%	0,05%	46,75%
	Litoral Alentejano	0,11%	4,81%	21,03%	22,03%	0,30%	1,20%	50,53%	23,52%
	Baixo Alentejo	0,30%	10,49%	52,01%	34,75%	1,14%	0,84%	0,47%	36,73%
Média Portugal		0,32%	10,08%	44,04%	35,34%	1,44%	2,63%	6,16%	39,40%

Fonte: SNS Transparência[17]

[17] https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atendimentos-em-urgencia-triagem-manchester/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo – Acedido no dia 1 de Julho de 2024

Gráfico 3 - Atendimentos de cor Verde, Azul e Branca - 2023



No decorrer das entrevistas o tema do SNS24 foi recorrente, sendo referido que a sua utilização facilitaria a triagem de doentes entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares, resultando em melhorias na sobrelotação das urgências com casos não urgentes ou emergentes. Consequentemente, revelou-se pertinente a análise do tempo médio de espera das chamadas para a linha de apoio SNS24, bem como da taxa de atendimento.

Na tabela 9, referente à atividade operacional mensal do SNS24, ao longo do ano de 2023, verifica-se um tempo médio de espera não superior a 40 segundos, salvo em Dezembro, com uma média de 276,61 segundos. No respeitante à taxa de atendimento, esta apresenta valores acima dos 95%, na maioria dos meses, excetuando, mais uma vez, o mês de Dezembro, com uma taxa de 83,86%.

Tabela 9 - Atividade operacional mensal do SNS24 - 2023

Período	Tempo Médio de Espera (seg.)	Taxa de Atendimento
2023-01	22,71	95,96%
2023-02	17,33	95,47%
2023-03	25,86	95,4%
2023-04	31,54	95,96%
2023-05	30,03	96,1%
2023-06	29,61	97,28%
2023-07	24,66	97,21%
2023-08	27,02	97,24%
2023-09	24,42	97,7%
2023-10	28,41	97,29%
2023-11	33,49	96,97%
2023-12	276,61	83,86%

Fonte: SNS Transparência[18]

[18] https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atividade-operacional-do-sns-24/table/?flg=pt-pt&sort=ordem – Acedido no dia 1 de Julho de 2024

Adicionalmente, para além do registado nas entrevistas realizadas, revela-se interessante analisar outros indicadores, como por exemplo, a frequência de utilização dos serviços de saúde pelos utentes, permitindo analisar a acessibilidade e a necessidade de cuidados médicos. Deste modo, a tabela 10 revela a taxa de utilização global de consultas médicas nos cuidados de saúde primários, no espaço de um ano e a taxa de utilização de consultas médicas nos CSP em três anos pela população inscrita, com referência a Dezembro de 2023. De forma mais explícita, o indicador revela a percentagem de população inscrita que recorreu, pelo menos, uma vez a uma consulta médica, no espaço de tempo em análise. (Ver tabela 10 e gráfico 4)

No âmbito da taxa no espaço de um ano, a média de Portugal foi de 68,87%, e no período de três anos, de 85,59%. Já relativamente aos ACES, os valores deste indicador, na sua maioria, são acima da média nacional, salvo o ACES do Litoral Alentejano, com 59,64% - 1 ano e 78,13% - 3 anos. Novamente, o ACES Nordeste continua a demonstrar um excelente resultado, sendo um dos melhores no presente indicador (75,66% - 1 ano e 90,36% - 3 anos). Neste indicador, o Norte Alentejano, apresenta-se acima da média, com 72,01% - 1 ano e 87,19% - 3 anos. (Ver tabela 10 e gráfico 4)

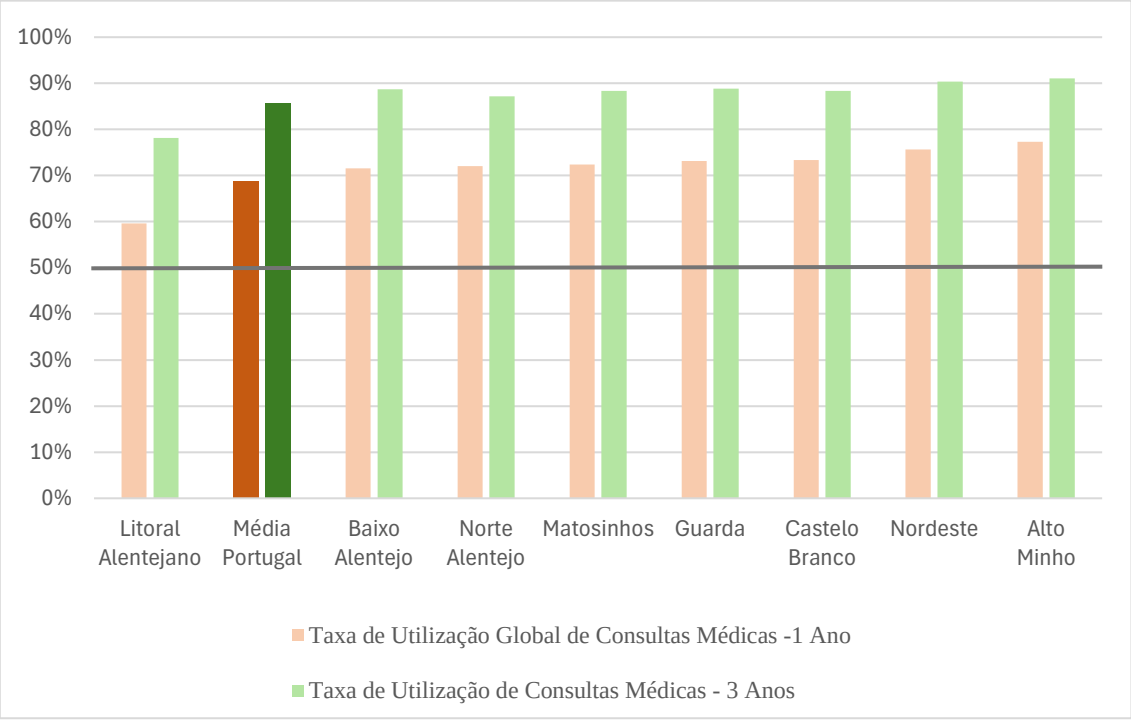
No Gráfico 4 apresentam-se as percentagens tanto no espaço de um ano, na cor azul, como para três anos, na cor verde. Já os valores referentes à média em Portugal, destacam-se nas mesmas cores, porém mais carregadas. Nesta conformidade, observa-se que todos os ACES e a média do país estão acima dos 50% em ambos os indicadores. Com destaque para o Alto Minho, com valores superiores nos dois parâmetros (77,29% - 1 ano e 91,07% - 3 anos), em comparação com as restantes entidades em análise. (Ver tabela 10 e gráfico 4)

Tabela 10 – Acesso a consultas Médicas pela Pop. Inscrita Dez. 2023

ACES	Taxa de Utilização Global de Consultas Médicas -1 Ano	Taxa de Utilização Global de Consultas Médicas - 3 Anos
Matosinhos	72,40%	88,33%
Alto Minho	77,29%	91,07%
Nordeste	75,66%	90,36%
Guarda	73,17%	88,81%
Castelo Branco	73,38%	88,36%
Norte Alentejo	72,01%	87,19%
Litoral Alentejano	59,64%	78,13%
Baixo Alentejo	71,53%	88,70%
Média Portugal	68,87%	85,59%

Fonte: SNS Transparência[19]

Gráfico 4 - Taxa de Utilização Global de Cons. Médicas - 1 Ano e 3 Anos



[19] https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/acesso-de-consultas-medicas-pela-populacao-inscrita/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.entidade&sort=tempo – Acedido no dia 1 de Julho de 2024

V. Discussão dos Resultados

A análise dos resultados das entrevistas semiestruturadas realizadas a profissionais de saúde inseridos em Unidades de Locais de Saúde, demonstrou diversos aspetos que podem ser comparados com a revisão de literatura acerca do tema. Como foi referido anteriormente, o modelo de integração vertical dos cuidados de saúde visa promover a união e a eficiência do sistema de saúde, através da coordenação de diferentes níveis de cuidados de saúde e do foco no utente e na qualidade da prestação dos seus cuidados de saúde.

A dimensão agregada relativa ao "Processo", revela que o facto da transição para ULS ter sido um processo abrupto e a sua adaptação ser um processo de longa duração, aliado à necessidade de recursos humanos, com especial atenção dos médicos de família, levaram a uma implementação e organização ineficaz do novo modelo, na maioria das regiões.

O tema referente aos Médicos de Família, foi referido inúmeras vezes nas entrevistas, pelo que se torna num tema de especial atenção. De acrescentar, este processo de adaptação consiste num período demorado e de constante melhoria. Ainda de mencionar, que um dos pontos fulcrais que levaram a um processo pouco eficiente, foi a gestão inadequada de recursos humanos. Portanto, concluiu-se, que muito provavelmente houve falta de uma estratégia clara, bem como de formação dos profissionais envolvidos, para a implementação do modelo.

No tocante à revisão de literatura, a Deliberação nº DE-SNS 209/2023 de 8 de Dezembro de 2023, reforça a ideia do tema dos recursos humanos, especificando que Portugal se encontra numa situação frágil no setor da saúde, muito devido à fraca gestão de recursos humanos. Portanto, se Portugal pretende assegurar a proximidade e a continuidade da prestação dos serviços de saúde, como foi referido no Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023, torna-se de deveras importância ter em consideração a disponibilização de médico de família para todos os utentes. Os autores Lopes, et. al. (2014), mencionam a necessidade de um bom planeamento e de uma implementação gradual para que a transição seja efetuada de forma suave e com sucesso. Além disso, Sobczak e Mckee & Nolte (2002), afirma que a implementação de cuidados de saúde integrados requer atenção, devido à sua complexidade. Deste modo, a existência de problemas primários por resolver, como a gestão de recursos humanos, foi o que, possivelmente, levou a que o processo não fosse realizado de forma suave e eficaz.

Neste sentido, foi analisado o indicador referente aos utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários no final do mês de Dezembro de 2023, o qual permitiu constatar a percentagem de utentes com e sem médico de família nos ACES pertencentes a ULS, em

comparação com a média nacional. Este indicador mede a acessibilidade a cuidados de saúde primários, sendo essencial para a prevenção e tratamento de doenças.

A análise dos resultados demonstrou que alguns ACES estão com resultados positivos, no entanto outros ACES ainda têm espaço de manobra para progredir, uma vez que 50% dos mesmos está acima da média nacional e os outros 50% estão abaixo. De realçar, 3 dos 4 ACES com resultados inferiores à média pertencem à região do Alentejo, sendo este um fator bastante preocupante para a região. Desta forma, os resultados confirmam o que foi referido nas entrevistas e na revisão de literatura, pois embora exista uma distribuição equilibrada do indicador relativamente à média nacional, ainda há margem para melhoria, visto que apenas duas ULS estão acima dos 95%.

Os resultados obtidos no modelo de Gioia relativos à dimensão "Qualidade na saúde", revelaram que a diversidade dos sistemas informáticos, a falta de preparação para armazenamento apropriado e a longa espera de marcação de consultas, levam ao aumento dos riscos e à falta de segurança dos cuidados.

De realçar, adversidades relacionadas com sistemas de informação, podem trazer problemas de interoperabilidade, na medida em que a passagem de informação entre profissionais pode ser enviesada e colocar em risco a segurança do utente, bem como a falta de um sistema único, pode dificultar o diagnóstico e o tratamento, aumentando os riscos ligados ao utente. Importante discutir, também, o armazenamento inadequado, podendo resultar na deterioração dos medicamentos e do material, capaz de causar problemas graves nos pacientes. Por fim, relativamente à longa espera para consultas, este problema possivelmente advém da sobrecarga dos serviços e pode agravar seriamente a situação clínica de um utente, devido à demora no seu tratamento.

Ora, este tópico foi explorado pelos autores Lopes et. al. (2014), no qual mencionam a importância dos sistemas de informação integrados e como a sua falha pode ser prejudicial. Além disso, foi referido que o recurso a protocolos, permite um maior controlo da qualidade e continuidade dos cuidados de saúde. Assim sendo, a revisão de literatura demonstra a preocupação relativa à existência de um registo eletrónico único, com o intuito de melhorar a durabilidade dos cuidados dos utentes e diminuir redundâncias, sendo que este fator foi destacado nas entrevistas como uma falha.

Segundo alguns autores, os tempos elevados de espera pelos utentes no SNS são alarmantes. O SNS em 2016 alertou, do mesmo modo, para a redução do tempo de espera, com o intuito de proteger o acesso dos utentes aos cuidados devidos. (Pereirinha, 1995; Guillén, 2002; Bentes et al., 2004) Nestes termos, o indicador de acessibilidade, correspondente à

percentagem de inscritos em LIC dentro e fora do TMRG (180 dias) em 2023, revela dados interessantes acerca das ULS, relativamente à média em Portugal. Este parâmetro pretende avaliar a eficiência dos cuidados em cumprir os prazos aceitáveis que, consequentemente, afetam a satisfação do utente, bem como a qualidade do atendimento.

Assim, a análise dos resultados concluiu que existe uma variação marcante entre ULS da mesma região, nomeadamente, a região do Centro, com uma excelente *performance* de Castelo Branco (92,28%) e uma baixa *performance* da Guarda (70,31%). De igual forma para a região do Alentejo, com o Norte Alentejano bastante inferior (69,25%), em comparação ao Litoral e Baixo Alentejano (90% e 90,93%, respetivamente). No entanto, de um modo geral, 6 das 8 ULS apresentam resultados acima da média nacional. Em suma, verifica-se um bom posicionamento das ULS face à média em Portugal. Não obstante, os resultados confirmam, em certa parte, o que foi mencionado nas entrevistas, uma vez que, embora a maioria dos resultados estejam acima da média, nenhuma ULS ultrapassa os 95% dentro do TMRG, continuando, assim, a ser um fator preocupante.

A dimensão "Eficiência dos Serviços" revelou alguns resultados esperados e característicos do modelo de ULS, no tocante à colaboração entre cuidados de saúde hospitalares e primários, designadamente, a eficiência na comunicação entre os profissionais, a facilidade de referenciação de utentes, a internalização de exames e o regime de complementaridade.

Todavia, um aspeto negativo traduz-se na sobrelotação do serviço de urgência, tópico previsível, tendo em conta o histórico do sistema de saúde português. A utilização do SNS24 foi marcada como fundamental, para o bom funcionamento do sistema de triagem de utentes nos cuidados de saúde hospitalares. Além disso, foi apontado como auxiliar da prestação de cuidados, o Serviço de Atendimento Complementar (SAC), que pretende atender os utentes com situações de doença aguda, tentando dar reposta à procura existente, oferecendo cuidados de saúde fora do horário de atendimento das unidades de saúde.

De forma sucinta, o apoio do SAC e a eficiência na comunicação entre profissionais de diferentes níveis de cuidados, levaram a uma melhoria na coordenação entre serviços. Já a facilidade de referenciação de utentes, a internalização de exames, o regime complementar, o uso do SNS24 e a sobrelotação do serviço de urgências remetem para temas como a acessibilidade e a integração de serviços, sendo estes tópicos cruciais para o adequado funcionamento das ULS.

A facilidade de comunicação proporciona um seguimento mais coeso e eficaz para os pacientes, assegurando uma continuidade no processo de tratamento. De acrescentar, a referenciação de utentes e a internalização de exames proporcionam uma experiência bastante

positiva para os mesmos, aumentando a sua satisfação, na medida em que o seu tratamento se torna mais fluido e com maior rapidez. Relativamente ao regime de complementaridade entre cuidados de saúde hospitalares e primários, os entrevistados embora indicassem o mesmo como sendo uma característica existente, referem que há ainda muito a aprimorar, reforçando a ideia que alguns profissionais necessitam de ter consciência de que, ambos os cuidados, trabalham para um bem comum e não em sentidos opostos.

A revisão de literatura confirmou-se, no que concerne ao Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023, onde foi explícito que as ULS simplificam os processos, a partir da coordenação entre profissionais e da focalização no utente, mais concretamente, utilizando o regime de complementaridade. Os autores Lopes, et. al. (2014), acrescentam que uma das possíveis vantagens da integração vertical compreende a minimização de conflitos, devido às estratégias comuns nos diferentes cuidados prestados. Contudo, o último tópico foi apontado como negativo, em certa parte, tendo em conta a falta de colaboração por parte de alguns profissionais. Por isso, torna-se essencial promover uma cultura de entreajuda e implementar programas que visem a complementaridade nos diferentes cuidados de saúde.

A satisfação dos utentes foi referida por Contandriopoulos et. al. (2003), onde indicaram que um dos objetivos do modelo consiste na eficácia e qualidade do sistema, contribuindo para a satisfação das necessidades dos utentes. Deste modo, a referenciação e a internalização dos exames vêm contribuir para esse feito. No entanto, um aspeto a ter em conta são os sistemas informáticos, como referido anteriormente, pois para garantir estes dois processos, tona-se necessário certificar um bom suporte tecnológico, não havendo duplicações ou enviesamento de informação. Para complementar, os autores Wheeler et. al. (1999), afirmam que o foco no utente consiste numa das vantagens associadas ao modelo das ULS, reforçando a ideia transmitida pelos entrevistados.

No respeitante à sobrelotação do serviço de urgências, este tema foi mencionado nas entrevistas, como um dos principais problemas. Além disso, a revisão de literatura sustenta o tópico, referindo que uma das maiores causas da crise no setor da saúde consiste na elevada procura pelos serviços de urgência e que, como forma de aliviar os mesmos, o sistema de triagem de Manchester auxilia bastante, todavia, ainda há ajustes por realiza. (Deliberação nº DE-SNS 209/2023, de 8 de Dezembro de 2023; Despacho n.º1057/2015 de 2 de Fevereiro de 2015) Por conseguinte, foram analisados os dados referentes à percentagem de atendimentos em SU, consoante a triagem de Manchester. Os resultados obtidos permitem concluir que, a percentagem de utentes que recorrem às urgências com situação não emergente/urgente é elevada. A média nacional da percentagem de atendimentos categorizados com verde, azul e

branco consiste em 39,40% do total de atendimentos. Comparando com as ULS, os valores obtidos verificam que, pelo menos, uma ULS em cada região, apresenta resultados acima da média em Portugal. Estes valores são considerados bastante preocupantes, pois indicam que muitos casos atendidos no SU, poderiam ser tratados noutros níveis de cuidados, recorrendo aos cuidados de saúde primários e/ou ao SNS24, confirmando, por consequência, o que foi mencionado nas entrevistas e na revisão de literatura.

A utilização do SNS24 foi outro fator referido pelos entrevistados. Neste sentido, devido à importância da linha de apoio em questão, verificou-se relevante analisar o tempo médio de espera pelo utente e a taxa de atendimento. Os resultados apresentam valores interessantes, sendo que todos os meses do ano de 2023 possuem uma percentagem superior a 95% da taxa de atendimento e não mais do que 34 segundos de espera, com exceção do mês de Dezembro, muito provavelmente devido a maior afluência dos recursos de saúde no inverno, com valores bastante dispares dos restantes meses. Assim, torna-se importante ter especial atenção aos meses com maior procura e reforçar a linha de apoio. Além disso, aconselha-se a promoção da linha SNS24 aos utentes, com o intuito de diminuir os atendimentos classificados com verde, azul e branco no SU e, nesta conformidade, aumentar os seus níveis de acessibilidade e de eficiência. Contudo, considera-se urgente aumentar a percentagem de utentes com médico de família associado, uma vez que um dos problemas apontados foi o facto de muitos utentes recorrerem ao SU, devido à sua falta.

Acresce, no respeitante ao nível de acessibilidade, o apuramento da taxa de utilização global de consultas médicas nos CSP ao longo de um ano e de três anos, com Dezembro de 2023 como referência. Segundo os dados obtidos, a acessibilidade nas ULS é, na sua maioria, maior do que a média em Portugal nos dois períodos, 1 e 3 anos, (68,87% e 85,59%, respetivamente), com exceção do Litoral Alentejano com valores inferiores à média. Nestes moldes, verifica-se o mencionado na revisão de literatura, onde especifica que uma das características da integração de cuidados de saúde consiste em melhores níveis de acessibilidade. (WHO, 2001; Grone & Garcia-Barbero, 2001) Não obstante, ainda pode ser melhorado, considerando que nenhuma percentagem revela ser superior a 95%, nomeadamente, para 1 ano a maior é de 75,66% e a de 3 anos é de 91,07%. Assim sendo, para colmatar esta situação, torna-se imprescindível o aumento dos recursos humanos e a realização de campanhas, no sentido de promover os serviços existentes e a sua importância no combate e prevenção de doenças, bem como a recolha de *feedback* dos utentes, com o intuito de compreender a sua posição face às taxas de utilização de consultas médicas.

De forma complementar, após a análise das ULS em comparação com a média nacional nos demais diversos indicadores, conclui-se que a ULS Norte Alentejano é a que apresenta valores mais preocupantes, estando sempre abaixo da média nacional, salvo exceção na taxa de utilização de consultas médicas, onde se encontra ligeiramente acima. De notar, ainda, a ULS da Guarda, onde os resultados embora, por vezes, superiores à média, revela dados próximos ou abaixo da média nacional. Por outro lado, a ULS que se destacou pela positiva foi a do Nordeste, com bons resultados em todos os indicadores.

Por fim, tal como a revisão de literatura sugere, importa averiguar países semelhantes a Portugal, com o intuito de aumentar os conhecimentos e aprender com os mesmos. Assim sendo, o Reino Unido apresenta elevados níveis de qualidade na saúde, destacando as novas tecnologias, uma vez que o seu sistema se caracteriza por ser híbrido, recorrendo a consultas *online* e presenciais. (Anderson et. al., 2022)

Relativamente ao sistema de saúde da Finlândia, este também se destaca pelo recurso a tecnologias que auxiliam os utentes no seu tratamento. Todavia, o facto de possuir alguns entraves na descentralização de algumas operações, nomeadamente na gestão de recursos, leva a que não obtenha elevados níveis de desempenho. (Tynkkynen et. al., 2023)

Posto isto, as ULS podem retirar algumas aprendizagens dos países mencionados. Um dos pontos em comum advém do recurso a tecnologias com o objetivo de aumentar a eficiência do sistema de saúde. Nesta conformidade, o modelo deve continuar a apostar nas novas tecnologias, como consultas *online* e aplicações complementares à prestação de serviços. Adicionalmente, o modelo deve ter em conta alguns erros cometidos noutros países como, as necessidades não atendidas de consultas médicas, devido ao tempo de espera, ao custo ou à distância, bem como a descentralização de operações, dificultando a gestão de recursos.

VI. Conclusões e Recomendações

O objetivo do presente trabalho consistiu em avaliar a viabilidade do modelo de integração vertical de cuidados de saúde em Portugal, intitulado Unidades Locais de Saúde, na perspetiva do paciente. Por conseguinte, os objetivos específicos caracterizaram-se pelo apuramento do panorama atual das Unidades Locais de Saúde, analisando a pertinência de avançar com o modelo a nível nacional, a partir da opinião de profissionais e dos indicadores relativos à acessibilidade e ao desempenho do modelo no ano de 2023, nomeadamente, a percentagem de inscritos em cuidados de saúde primários, a percentagem de inscritos em "lista de inscritos em cirurgia" (LIC) dentro e fora do tempo máximo de resposta garantida (TMRG), a percentagem de atendimentos em serviço de urgência – triagem de Manchester, a atividade operacional mensal do SNS24 e o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

Deste modo, após a apresentação e discussão dos resultados foi possível concluir que os objetivos foram cumpridos, no sentido em que, com base na revisão de literatura, nas entrevistas semiestruturadas e nos indicadores analisados, chegou-se à conclusão de que a informação está interligada entre si, permitindo identificar os pontos críticos e de melhoria do modelo de integração vertical presente em Portugal. De forma complementar, a revisão de literatura especificou as características do modelo em estudo e, a partir da investigação, através das entrevistas, foi possível entender o que de facto está a funcionar de forma prevista e o que deve ser melhorado ou alterado. Assim, foi compreendida a situação atual do quotidiano das ULS e comprovado o que foi mencionado pelos participantes, a partir da análise dos indicadores, chegando a conclusões interessantes sobre a situação da saúde em Portugal.

Portanto, a *performance* atual das ULS apresenta resultados positivos, porém, ainda tem diversos aspetos a aperfeiçoar e a considerar, como a questão dos utentes sem médico de família associado, o que dificulta a acessibilidade de inúmeros utentes à prestação de cuidados de saúde necessários e realça a fraca gestão de recursos humanos, sendo este um tema identificado pela revisão de literatura, no respeitante às causas da crise no setor da saúde. Destaca-se a zona Alentejana como uma das mais preocupantes. De referir que as ULS necessitam de ter em conta os diferentes sistemas informáticos existentes, pois pode levar a uma enorme probabilidade de erros e enviesamento de resultados e informação, colocando em risco a saúde dos utentes. Assim sendo, torna-se importante a existência de um sistema único e interoperável, visando a continuidade dos cuidados. De acrescentar, a transição para o modelo de integração, embora seja uma análise das novas ULS, foi considerada abrupta e o planeamento inadequado, pelo

que, muito provavelmente, durante o primeiro ano ainda não estarão a funcionar como desejado. A solução passa por implementar uma estratégia clara dos objetivos pretendidos e um processo de implementação gradual.

De salientar que, muitos autores e entrevistados, referiram as longas esperas para consultas. Consequentemente, o indicador referente à acessibilidade no tocante aos inscritos em LIC, concluiu que as ULS necessitam de reforçar as medidas de redução do tempo de espera, uma vez que, apesar de muitas se encontrarem acima da média nacional, não chegam a ter resultados dignos de uma excelente prestação de cuidados de saúde.

Do mesmo modo, outro fator a acrescentar, traduz-se na eficiência, nomeadamente da comunicação e colaboração entre profissionais e a referenciação dos utentes. Não obstante, verificam-se dois fatores negativos, a falta de complementaridade entre profissionais de diferentes níveis de cuidados de saúde, levando à necessidade de fomentar uma cultura de colaboração e a elevada percentagem de atendimentos categorizados com pulseira verde, azul ou branca, os quais poderiam ser tratados noutros níveis de cuidados de saúde, libertando o serviço de urgência de casos não urgente/emergentes, possibilitando a atenção devida aos casos mais críticos. Como consequência desta situação, foi referido pelos entrevistados que a utilização da linha de apoio SNS24 consiste numa ferramenta deveras útil no alívio de pressão do serviço de urgências. Contudo, torna-se necessário fomentar e promover o seu uso, bem como reforçar os recursos humanos nos períodos de maior procura.

No respeitante à acessibilidade dos utentes a consultas médicas nos CSP, os resultados obtidos demonstram que a situação pode e deve ser melhorada, através, por exemplo, da promoção dos serviços disponíveis, da melhor gestão dos recursos humanos e da recolha de *feedback* dos utentes, como forma de compreender a razão pela qual a taxa de utilização não apresenta melhores resultados.

Em adição, é de mencionar a comparação com boas práticas de outros países, aprendendo com os mesmos, investindo em tecnologias auxiliares à prestação de cuidados de saúde e não cometendo os mesmos erros, como a descentralização das operações.

O estudo em análise, apesar das contribuições apresentadas, relativas ao modelo de integração vertical dos cuidados de saúde, apresentou algumas limitações na recolha e análise dos dados, sendo fundamental a sua menção, para que possíveis estudos futuros tenham em consideração determinados fatores. A primeira limitação assume-se relativamente à amostra de participantes nas entrevistas semiestruturadas, devido à escassez de tempo dos profissionais de saúde para participar no estudo, o que resultou numa amostra reduzida e não representativa de todas as ULS e grupos profissionais.

De igual modo, como outros autores referiram, os estudos existentes acerca das ULS em Portugal são reduzidos, dificultando a recolha de informação. Acresce a dificuldade em encontrar indicadores de desempenho disponíveis e que contenham dados relativos a todas as regiões, limitando, neste sentido, o número de indicadores analisados.

Posto isto, após a recolha e análise dos resultados obtidos, surgiram questões pertinentes de estudo. Assim, como sugestões de investigações futuras recomenda-se a análise do impacto das novas ULS a médio/longo prazo, ao nível da perspetiva dos utentes, a satisfação dos mesmos e a eficiência dos cuidados de saúde prestados. Sendo, desta forma, possível avaliar e acompanhar a evolução do modelo. Além disso, também seria oportuno analisar, o modo como a interoperabilidade pode acrescentar valor no modelo de integração de cuidados. Outro estudo pertinente consiste na avaliação das possíveis estratégias de gestão e de atração de recursos humanos na área da saúde, mais concretamente no modelo em estudo. Complementarmente, no caso de regiões como o Alentejo, onde a maioria dos resultados são preocupantes, seria vantajoso compreender mais a fundo o que leva à sua causa, proporcionando possíveis soluções e melhorias, como por exemplo, analisar as estratégias utilizadas em ULS com resultados interessantes e aplicá-las na região em questão.

Neste sentido, a implementação das recomendações acima descritas levará a maiores níveis de desempenho por parte das ULS, com o intuito de proporcionar aos utentes uma experiência positiva e aumentando a sua satisfação.

Em suma, o panorama atual das ULS em Portugal, embora apresente resultados, de forma geral, superiores aos resultados da média nacional, perpetuam desafios na prática para alcançar quadros de excelência, tonando-se essencial tê-los em conta para que a implementação do modelo a nível nacional seja bem-sucedida.

VII. Bibliografia

Fontes

Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho de 2006. Diário da república n.º109 – 1ª série - A

Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de Novembro de 2023. Diário da República n.º215 – 1ª série

Decreto-Lei n.º11/93 de 15 de Janeiro de 1993. Diário da República, Lisboa, I Série A (12)

Decreto-Lei n.º52/2022 de 4 de Agosto de 2022. Diário da República, 1.ª série

Deliberação DE-SNS - "Duas Novas Unidades Locais de Saúde No SNS" de 26 de Julho de 2023, Www.sns.min-Saude.pt

Deliberação nº DE-SNS 209/2023, de 8 de Dezembro de 2023. "Plano de reorganização da rede dos serviços de urgência do SNS"

Despacho n.º1057/2015, de 2 de Fevereiro de 2015. Diário da República n.º 22/2015, Série II

Despacho n.º3052/2013, de 26 de Fevereiro de 2013. Diário da República, 2.ª série — N.º 40

Despacho n.º4835-A/2016, de 8 de Abril de 2016. Diário da República n.º 69 - 2.ª série

EU-Healthcare.fi. "Healthcare System in Finland." EU-Healthcare.fi, 27 Nov. 2023, www.euhealthcare.fi/healthcare-i

História do Protocolo da Triagem de Manchester, Grupo Português de Triagem, 2024, https://www.grupoportuguestriagem.pt/ 2024

História Do SNS, Sns.gov.pt, 15 Set. 2023, www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-desaude/historia-do-sns/

Lei n.º48/90, de 24 de Agosto de 1990. Diário da República, Lisboa, I Série A (195)

Lei n.º56/79 de 15 de Setembro de 1979. Diário da República n.º214 – 1ª série

Missão, Visão, Objetivos, Estratégia, Www.sns.gov.pt, 3 Nov. 2016, www.sns.gov.pt/coordenacao-nacional-para-a-reforma-cuidados-de-saude-hospitalares/missao-visao-objectivos-estrategia/

Organograma Ministério da Saúde, 2016, https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/OrganogramaMS11032016.pdf

República Portuguesa, "Comunicado Do Conselho de Ministros de 14 de Setembro de 2023." Www.portugal.gov.pt, 14 Set. 2023. Disponível em www.portugal.gov.pt/pt/gc23/governo/comunicado-de-conselhode-ministros?i=575

Serviço Nacional de Saúde, SNS, Www.sns.gov.pt, www.sns.gov.pt/.

SNS Transparência, "Acesso a Consultas Médicas Pela População Inscrita." *Transparencia.sns.gov.pt*, transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/acesso-de-consultas-medicas-pela-populacao-inscrita/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.entidade&sort=tempo

SNS Transparência, "Atendimentos Em Urgência Hospitalar Por Triagem de Manchester." *Transparencia.sns.gov.pt*, transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atendimentos-em-urgencia-triagem-manchester/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo

SNS Transparência, "Atividade Operacional Mensal Do SNS 24." *Transparencia.sns.gov.pt*, transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atividade-operacional-do-sns-24/table/?flg=pt-pt&sort=ordem

SNS Transparência, "Inscritos Em LIC Dentro Do TMRG (180 Dias)." *Transparencia.sns.gov.pt*, transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/inscritos-em-lic-dentro-do-tmrg-180-dias/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo

SNS Transparência, "Utentes Inscritos Em Cuidados de Saúde Primários." *Transparencia.sns.gov.pt*, transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/table/?flg=pt-pt&disjunctive.ars&disjunctive.aces&sort=período

SNS Transparência, "*Www.sns.gov.pt*, 2024", www.sns.gov.pt/transparencia/

SNS, "Entidades de Saúde." Sns.gov.pt, 2024, www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/

The Commonwealth Fund, Commonwealthfund.org, commonwealthfund, 2019, www.commonwealthfund.org/

WHO, "Service Organizations and Integration." Www.who.int, 2016, www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration.

WHO, Integrated health services - What and why? Technical brief. 2008, Vol. 1, Pág. 1

Referências Bibliográficas

Ackerman, K III. The movement toward vertically integrated regional systems. Health Care Mangement Review. 1992, Vol. 17:3, pp. 81-88

Anderson, M. et. al.; Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, "United Kingdom - Health system summary", 2022

Barros, Pedro & Simões, Jorge; Health systems in transition – Portugal. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2007

Bentes, M., Dias, C. M., Sakellarides, C. and Bankauskaite, V., Portugal: Health Care Systems in Transition, Brussels: European Observatory on Healthcare Systems and Policies; 2004

Brown, M. & McCool, B. Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. Health Care Management Review. 1986, Vol. 11:4, pp. 7-19

Burns, Lawton & Pauly, Mark. "Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?" *Health Affairs*, vol. 21, no. 4, Julho 2002, pp. 128–143, https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.4.128

Byrne, M & Ashton, C. Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. Journal of Health Care Management. 1999, Vol. 44:1, pp. 34- 46

Clement, J. Vertical integration and diversification of acute care hospitals: conceptual definitions. Hospital and Health Services Administration. 1988, Vol. 33:1, pp. 99-110

Coddington, D, Moore, K e Fischer, E. Vertical integration: is the bloom off the rose? Healthcare Forum Journal. 1996, Vol. 39:5, pp. 42-47

Comissão Europeia; "Portugal Na UE." Portugal.representation.ec.europa.eu, portugal.representation.ec.europa.eu/quem-somos/portugal-na-ue_pt.; 2023

Conrad, D & Shortell, S. Integrated health systems: promise and performance. Frontiers of Health Services Management. 1996, Vol. 13:1, pp. 3-40

Conrad, DA & Dowling, WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. Health Care Management Review 1990;15(4):9–22. 45

Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodríguez C. The integration of health care: Dimensions and implementation, in Working paper. 2003, GRIS - Group de Recherche Interdiscipinaire en Santé, Secteur Santé Publique, Faculté de Médicine, Université de Montréal

Cozby, P. C., & Bates, S. C., Behavioral Research TWELFTH EDITION Methods In. Mc Graw Hill Education, 2012.

Creswell, J. W. (2009). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3rd ed.). Sage Publications, Inc.

Devers, K. et. al. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. Health Care Management Review. 1994, Vol. 19:3, pp. 7-20

Dias, Ana & Queirós, Alexandra. *Estudo "Integração E Continuidade de Cuidados "*. 2010

ERS. "Entidade Reguladora Da Saúde Estudo Sobre O Desempenho Das Unidades Locais de Saúde.",www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ ULS_-_final. Fev. 2015

Flick, U. (2006) *An Introduction to Qualitative Research.* (3rd Ed.). London: Sage Publication, Ltd.

Foreman, S. & Roberts, R. The power health care value-adding partnerships: meeting competition through cooperation. Hospital and Health Services Administration. 1991, Vol. 36:2, pp. 175-190

Gil, António Carlos (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social (6ªedição). São Paulo, Editoras Atlas S. A.

Gillies, R et al. Conscptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hospital and Health Services Adminsitration. 1993, Vol. 38:4, pp. 467-489

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research notes on the Gioia methodology. Organizational Research Methods, 16(1), 15–31

Grone, Oliver, & Garcia-Barbero, Mila. "Integrated Care: A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services." *International Journal of Integrated Care*, vol. 1, no. 1, 2001

Guillén, A. M., 'The politics of universalisation: establishing national health services in Southern Europe', 2002, West European Politics, 25, 4, 49-68

Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. Healthcare Quarterly 2009;13. Spec No:6–15

Kodner, D & Kyriacou, C. Fully integrated care for frail elderly: two American models. International Journal of Integrated Care. Nov de 2000, Vol. 1, pp. 1-19

Lindlof, T.R. & Taylor, B. C. (2002). *Qualitative Communication Research Methods.* (2nd Ed.) California: Sage Publication.

Lloyd, J & Wait, S. Integrated care: a guide for policymakers . London : Aliance for Health and the Future, 2005

Lopes, H. et. al., "Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental", Fevereiro de 2014

Lopes, Sílvia, et. al. Can Vertical Integration Reduce Hospital Readmissions? A Difference-in-Differences Approach. Medical Care. Volume 55, Number 5, Maio 2017

Manzini, E. J. A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

McKee K. Health status in the European Union and the central and eastern European. In: Garcia-Barbero M, editor. Appraisal of Investments in Health Infrastructure. Proceedings of the European Investment Bank (EIB) and World Health Organisation (WHO) Conference on the Appraisal of Investments in Health. 2001, Barcelona: World Health Organization. European Office for Integrated Health Care Services.

McKee, M & Nolte, E. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. The European Observatory on Health Systems and Policies, 2008

Minayo, Maria Cecília De Souza, and António Pedro Costa. "Fundamentos Teóricos Das Técnicas de Investigação Qualitativa." Revista Lusófona de Educação, vol. 40, Junho 2018, https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle40.01.

NHS England, The Journey to Integrated Care Systems in Every Area, 2021, Www.england.nhs.uk, www.england.nhs.uk/integratedcare/how-did-we-get-here/

OECD & Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (Observatório). "Portugal: Perfil de Saúde Do País 2023", 11 Jan. 2024

Pereirinha, José. (1995), 'Poverty and social exclusion in Portugal: a general overview of situations, processes and policies', Družboslovne razprave, 11, 19-20, 169-182

Samuelson, Paul & Nodhaus, William. *ECONOMIA*. McGraw-Hill ed., vol. 12, 1988

Santana, Silvina, et al. "Integration of Care Systems in Portugal: Anatomy of Recent Reforms." International Journal of Integrated Care, vol. 14, no. 3, 24 Julho 2014

Santana, Silvina; Dias, Ana; Souza, Elisabete; Rocha, Nelson. The domiciliary support service in Portugal and the change of paradigm in care provision. International Journal of Integrated Care, 2007 Jan. 15;7

Shortell, S et al. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. Hospital and Health Services Administration. 1993, Vol. 38:4, pp. 447-466

Simões, Jorge et. al. "Portugal: Health System Review." Health Systems in Transition, 1 Mar. 2017, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485714/.

Sobczak, Alicja. “Opportunities for and Constraints to Integration of Health Services in Poland.” *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, no. 2, 1 Junho 2002, https://doi.org/10.5334/ijic.58

Sousa, Paulino. “O Sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios.”, Acta Paul Enferm, 2009

Stille, C. et al. Coordinating care across diseases and clinicians: a key role for the generalist in practice. Annals of Intern Medicine. 2005, Vol. 142:8, pp. 700-708

Triviños, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

Tynkkynen, Liina-Kaisa , et al. “Finland: Health System Summary.” *Eurohealthobservatory.who.int*, 6 Abril 2023, eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary

Wan, T, Lin, B & Ma, A. Integrationmechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. Journal of Medical Systems. 2002, Vol. 26:2, pp. 127-143

Wheeler, J. et al. Financial and organizational determinants of hospitals diversification into sub-acute care. Health Services Research. 1999, Vol. 34:1 pt1, pp. 61-81

WHO, World Health Organization. Strategies for integrating primary health services at the point of delivery, 2000

WHO: República Portuguesa; Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (Observatório). “Health System Review – Portugal”, Abril 2018

VIII. Apêndice

Apêndice A - Guião das entrevistas semiestruturadas

Guião da entrevista a realizar para o projeto

"Unidades Locais de Saúde (ULS) – uma análise na ótica da gestão"

Fase preparatória (6 min) - Parte A (2 minutos), Parte B (2 minutos) e Parte C (2 minutos)

Esta fase contempla três partes:
A) **Apresentações**: O investigador e o entrevistado apresentam-se;
B) **Introdução**: O investigador explica de forma sucinta em que consiste o projeto, quais são os objetivos e o que espera dos participantes;
C) **Consentimento informado**: O investigador esclarece o estudo que vai desenvolver e, se necessário, realça a necessidade da gravação da entrevista, explicando os procedimentos para assegurar a confidencialidade dos dados obtidos.

Fase de desenvolvimento (27 min) - Parte A (10 minutos), Parte B (10 minutos), Parte C e Parte D (7 minutos)

Esta fase está dividida em quatro partes:
A) **ULS, experiência do utente**: Serão abordadas questões relacionadas com a abordagem das Unidades Locais de Saúde, na perspetiva dos utentes – "O paciente entra por onde? Pelo centro de saúde?"; "O doente nunca vai ao hospital diretamente?"; "Como é encaminhado para o hospital quando necessário? O doente perde-se nesse encaminhamento?";
B) **Gestão da ULS**: Serão feitas questões relacionadas com a gestão da ULS, nomeadamente, "Como são organizados os serviços e como se interligam?"; "Existe excesso de volume de trabalho? Se sim, em que sentido?"; "A gestão centralizada resulta bem?"; "Em relação às instalações, são adequadas?"; "O que considera que funciona bem enquanto ULS?"; "E o que funciona menos bem?"; "O que melhorava, como?";
C) **Síntese**: Será feito um breve resumo sobre os temas abordados na entrevista - "Uma síntese do objetivo do projeto"; "Um resumo da perspetiva do entrevistado";
D) **Abordagens finais**: "Deseja acrescentar algo mais aos temas que foram abordados?"; "Qual é a sua perspetiva em relação ao projeto e aos temas abordados?".

Joana Félix Barata Marques